

DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y TRASTORNOS DEL DESARROLLO

EDUCACIÓN PRIMARIA

ESQUEMAS (2019)



Dificultades de Aprendizaje y Trastornos del Desarrollo. Educación Primaria. Esquemas (2019). Antonio Miguel Pérez-Sánchez se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Índice

01. DALE. Dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura	001
02. DAM. Dificultades en el aprendizaje de las matemáticas	045
03. InEs. Inadaptación escolar	061
04. DVC. Discapacidad visual y ceguera.....	099
05. DAS. Discapacidad auditiva y sordera.....	115
06. DM. Discapacidad motora.	139
07. TC. Trastornos de la comunicación.	157
08. TDAH. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	161
09. DI. Trastornos del desarrollo intelectual.....	169
10. TEA. Trastorno del espectro del autismo.....	181
11. DE. Dificultades emocionales.....	195
S. Superdotación.	203

C-01 (a)

DALE. Dificultades en el Aprendizaje de la Lecto-Escritura

T-02b. Dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura en EP.

LECTURA

SPL

DRC

procesadores

almacenes léxicos (MLP)

retenes (MCP)

fonológico

grafémico

semántico

fonológico

grafémico

de entrada

de salida

de entrada

de salida

de entrada

de salida

de entrada

de salida

ruta indirecta

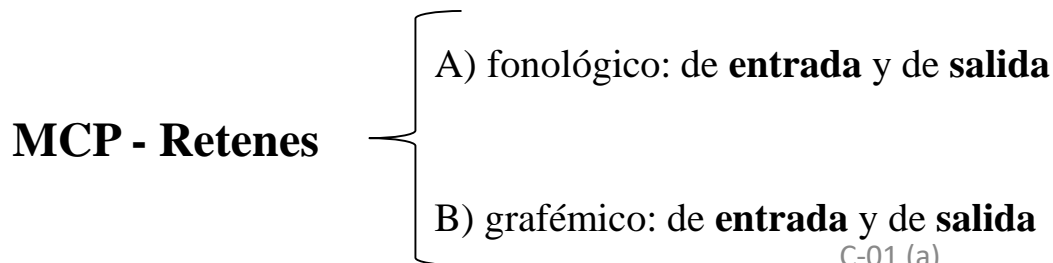
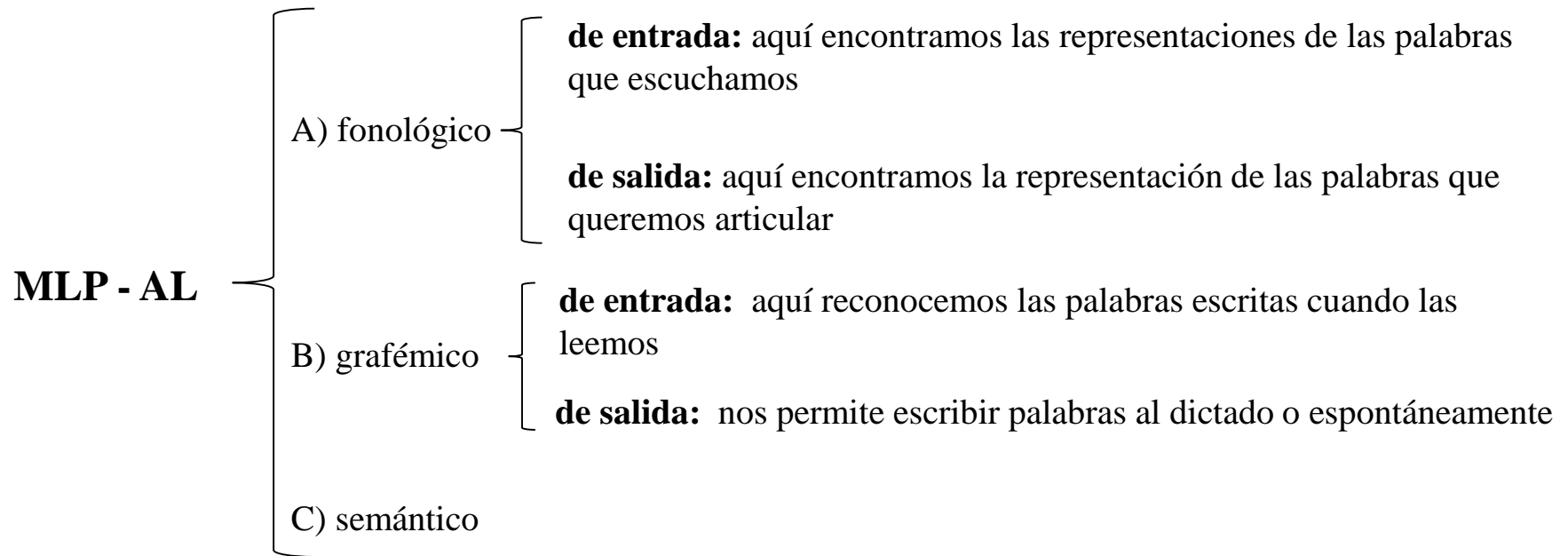
CGF

ruta directa no-semántica

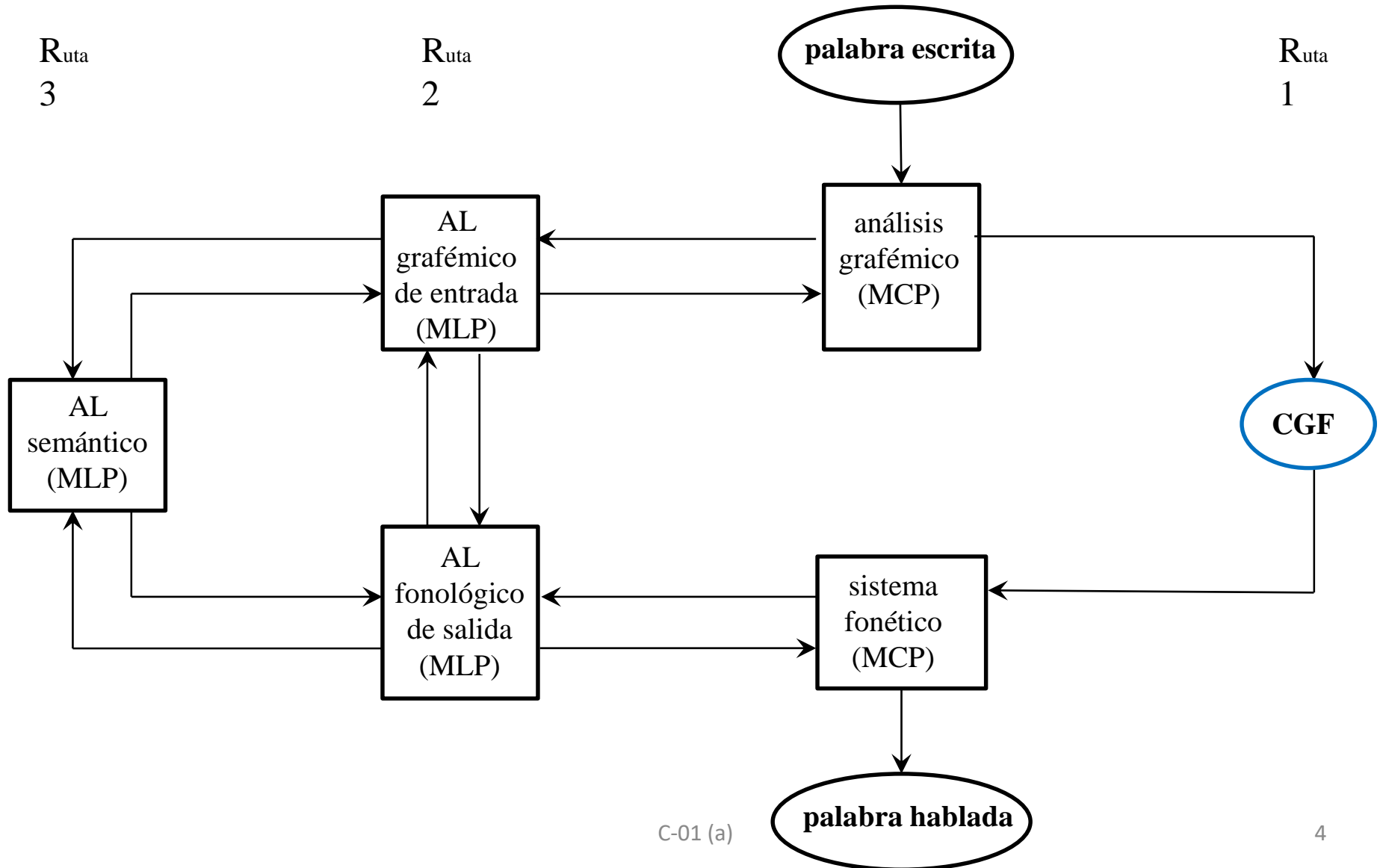
ruta directa semántica

Sistema de Procesamiento del lenguaje (SPL)

Procesadores

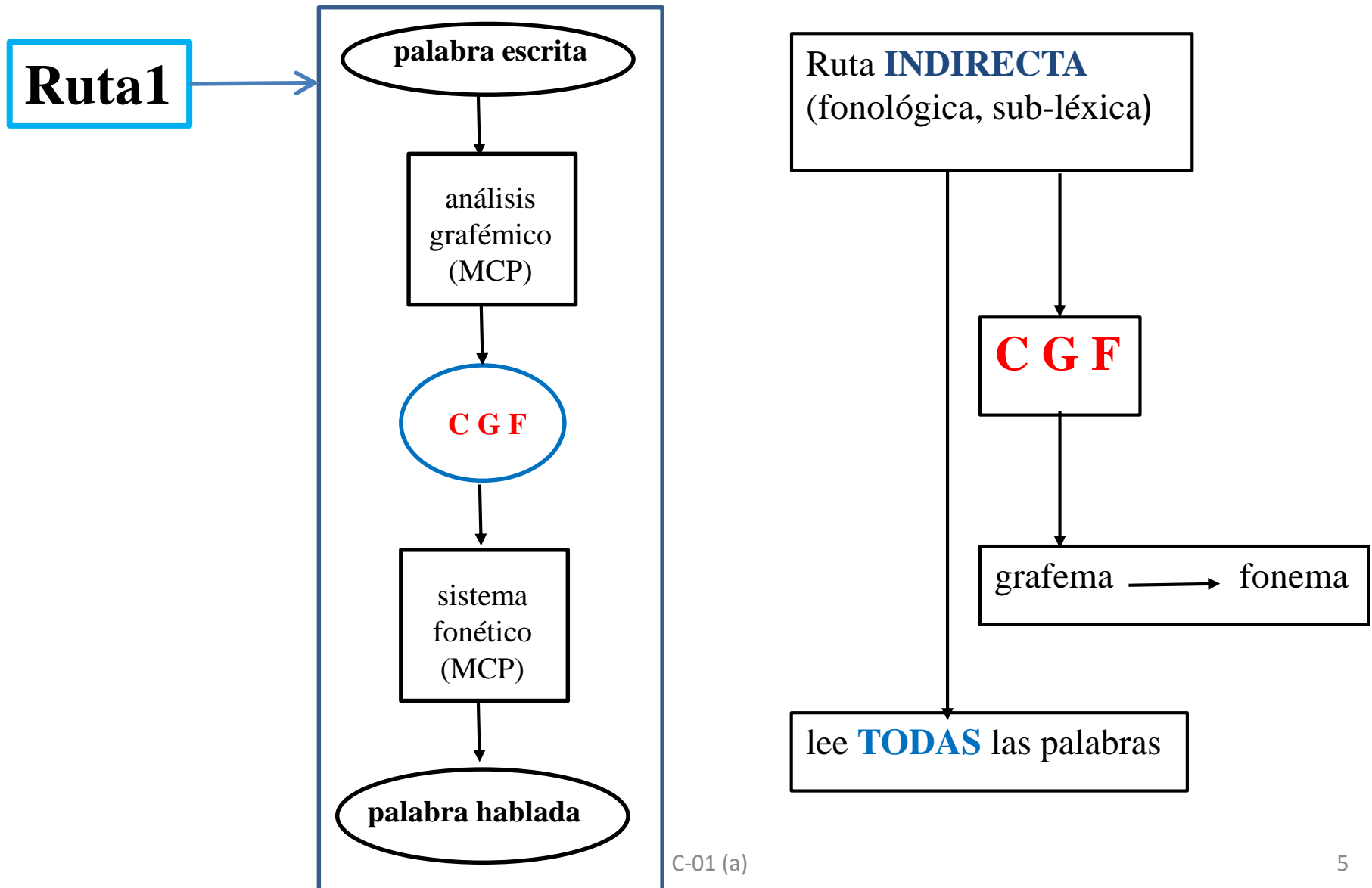


Modelo DRC (*Dual Route Cascaded Model*) (1)

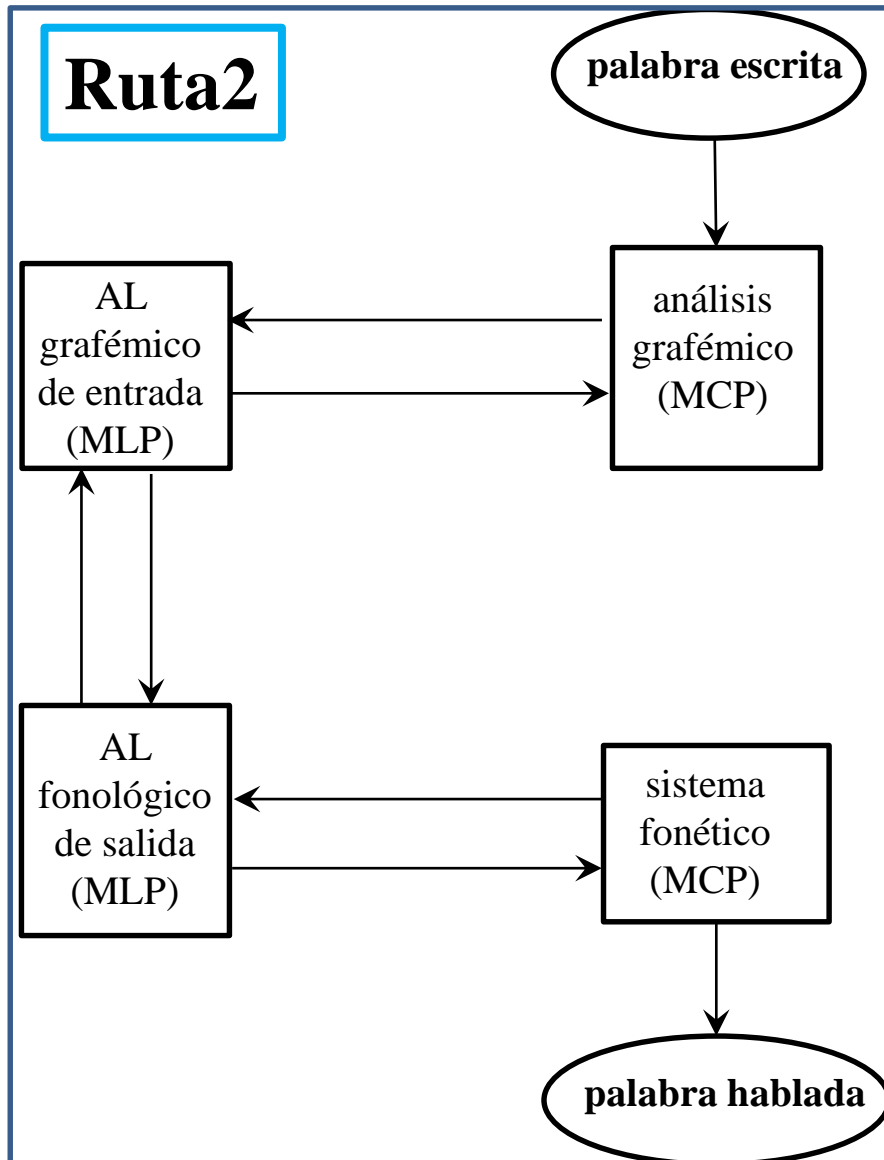


Modelo DRC (*Dual Route Cascaded Model*)

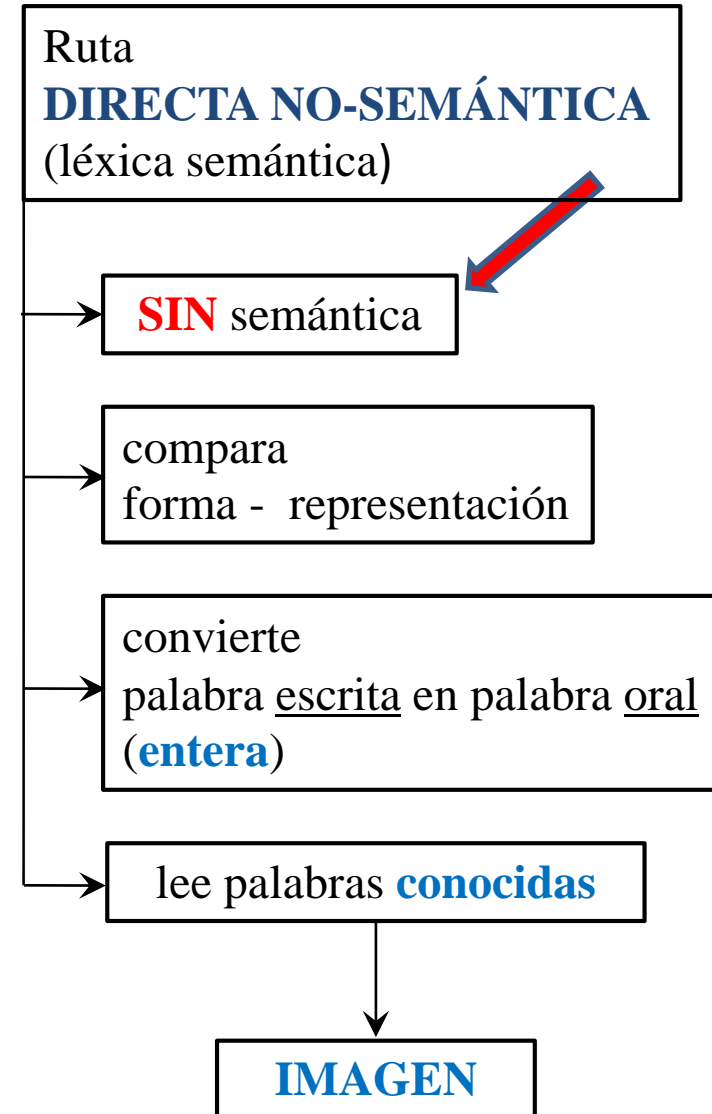
(2)



Modelo DRC (*Dual Route Cascaded Model*) (3)

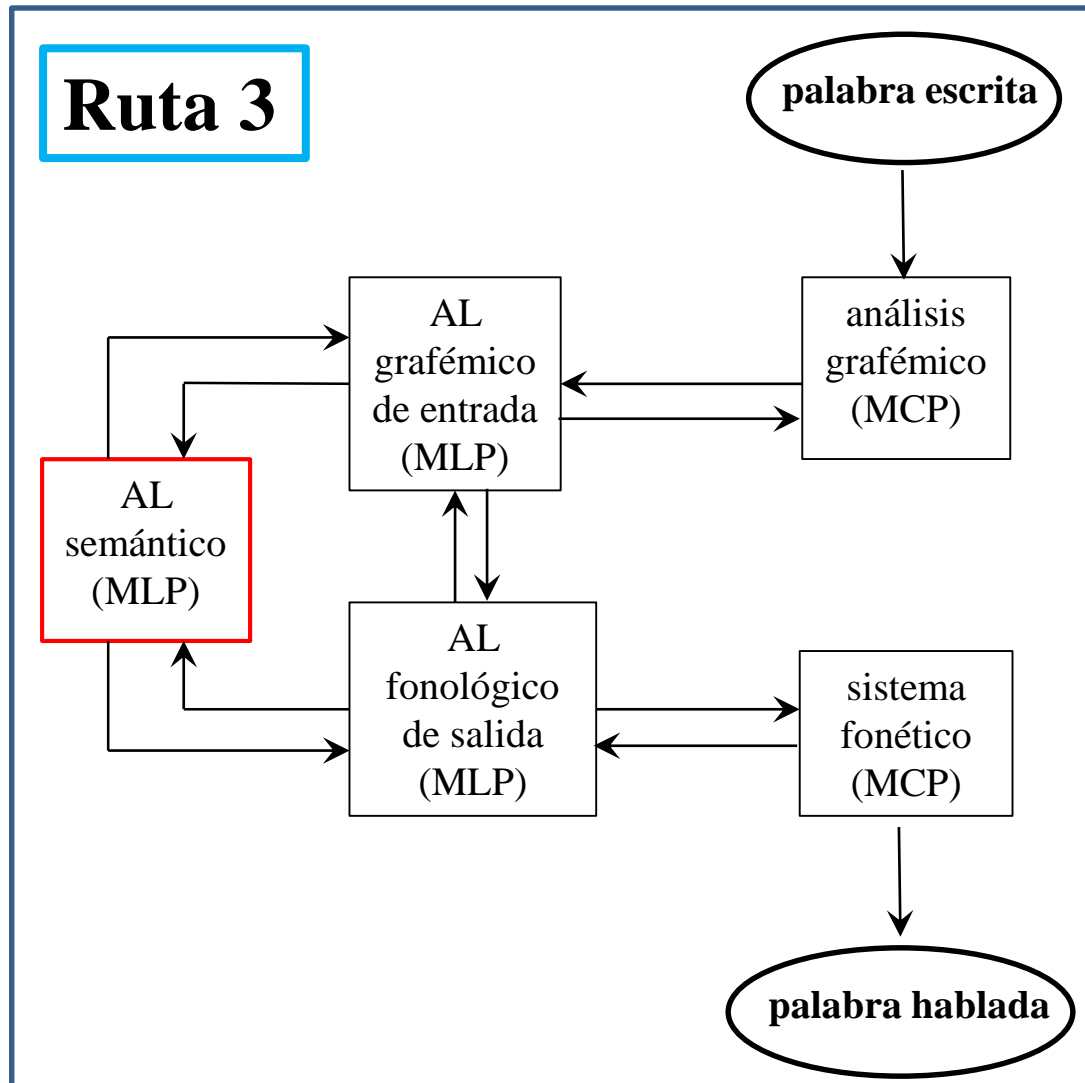


C-01 (a)

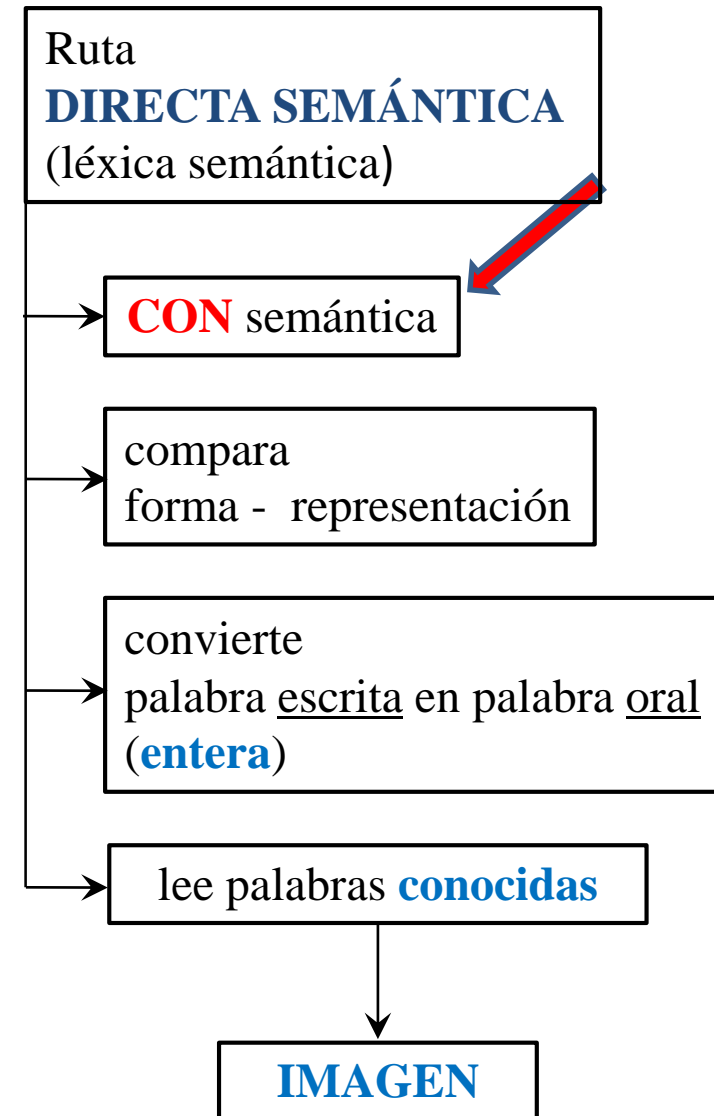


Modelo DRC (*Dual Route Cascaded Model*)

(4)

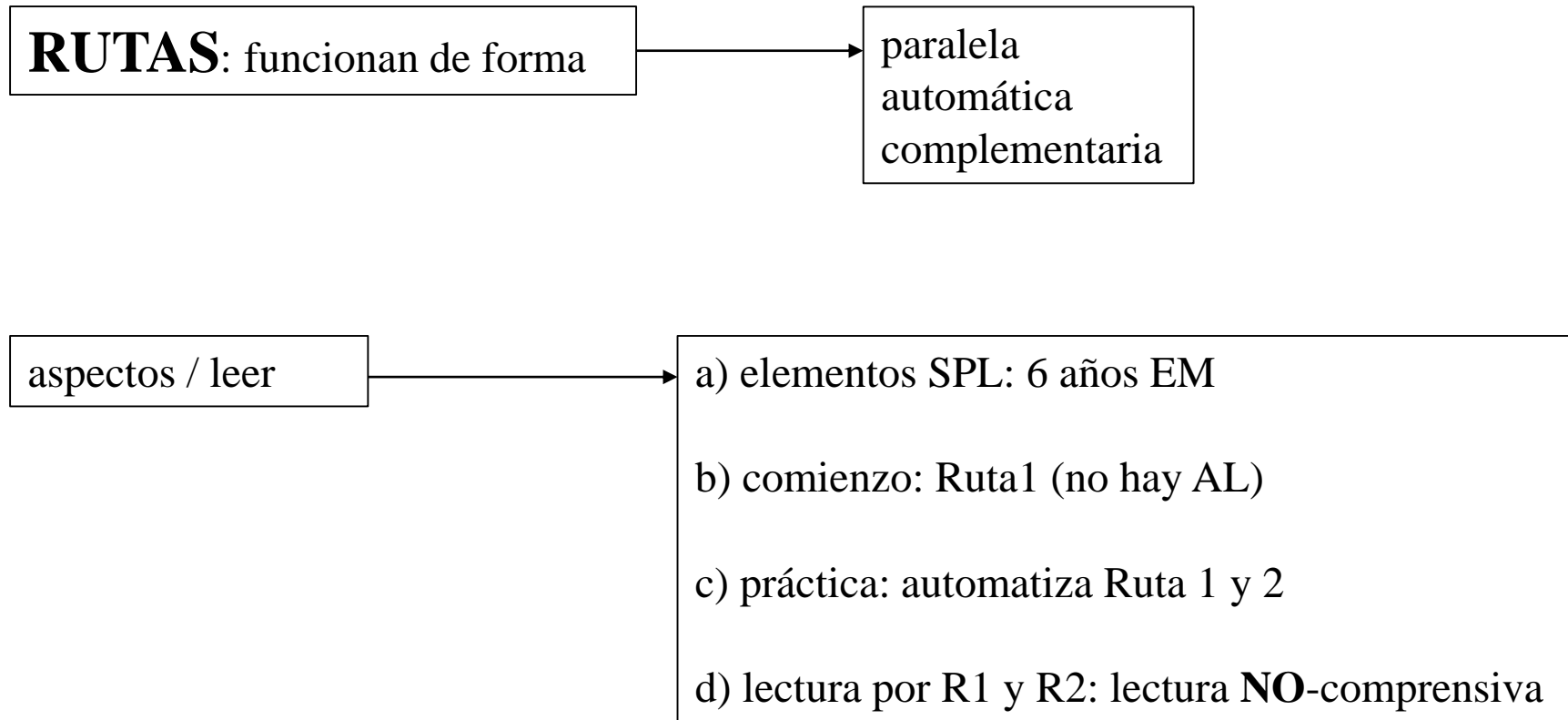


C-01 (a)



Modelo DRC (*Dual Route Cascaded Model*)

(5)



DAL. Dislexia

definición

criterios

exclusión
discrepancia

tipos

adquirida

evolutiva

indirecta

directa

★ **CGF**

no semántica
semántica

causas

déficit visual

percepción
mov. oculares

déficit general

herencia
cerebro

déficit específico

déficit fonológico

segmental

★ **CF**

memoria verbal

velocidad

suprasegmental

acento

entonación

ritmo

déficit automatización

secundaria

maduración

métodos globales/fonéticos

detección

síntomas

instrumentos

PROLEC

otros

cuándo es/no es dislexia?

intervención

primaria

EI EP

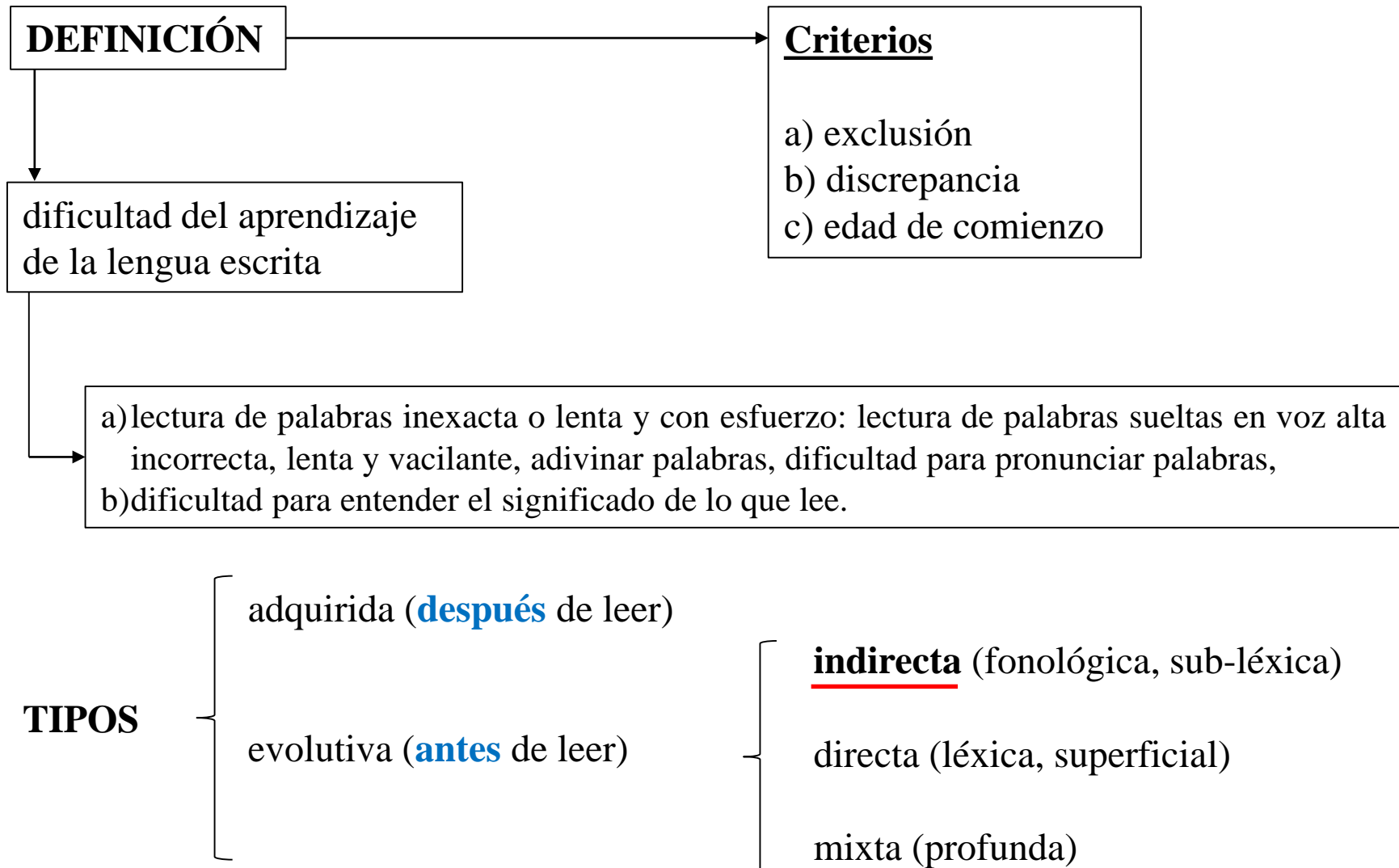
secundaria/terciaria

retraso vs. trastorno

Rtl

Dislexia: definición

(1)



Dislexia: definición

(2)

International Dyslexia Association

discapacidad específica de aprendizaje de origen neurológico,

características:

- ❖ dificultades en el reconocimiento de palabras,
- ❖ mala ortografía
- ❖ deficientes habilidades de decodificación.

Causa:

- ❖ deficiencia en el componente fonológico del lenguaje
- ❖ problemas relacionados con la comprensión de la lectura: impedir el incremento de vocabulario y de los conocimientos básicos.

Aspectos a destacar:

- ❖ la dislexia es una dificultad del aprendizaje centrada en el lenguaje,
- ❖ la dislexia es un conjunto de síntomas que tienen que ver con las HH. específicas del lenguaje, la lectura en particular,
- ❖ dificultades con HH. Lingüísticas:
 - ortografía,
 - escritura,
 - pronunciación de las palabras,
 - recepción y expresión del lenguaje,
- ❖ se excluyen como causas (pueden estar presentes):
 - falta de motivación, de deseo de aprender,
 - discapacidad sensorial,
 - discapacidad intelectual,
 - entorno socio-cultural,

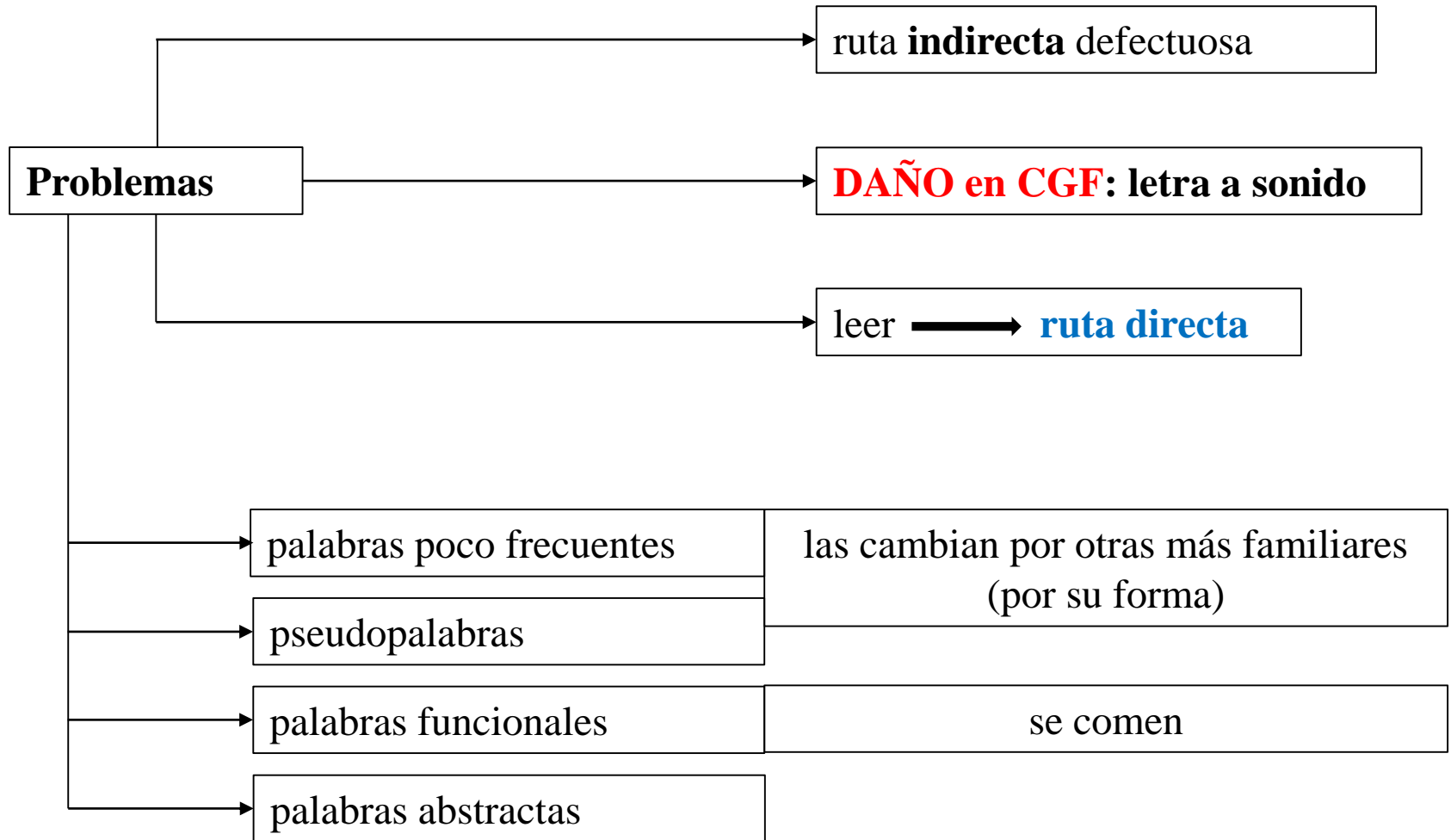
Dislexia: definición

(4)

-
- ❖ la dislexia afecta a las personas durante toda su existencia aunque de forma diferente según las diferentes etapas de la vida,
 - ❖ en la etapa escolar puede hacer que el éxito académico sea muy difícil de conseguir para un alumno escolarizado en un entorno educativo ‘normal’,
 - ❖ los sujetos disléxicos suelen responder con éxito si se interviene de forma oportuna y los métodos de enseñanza son adecuados.

TIPOS: Dislexia indirecta

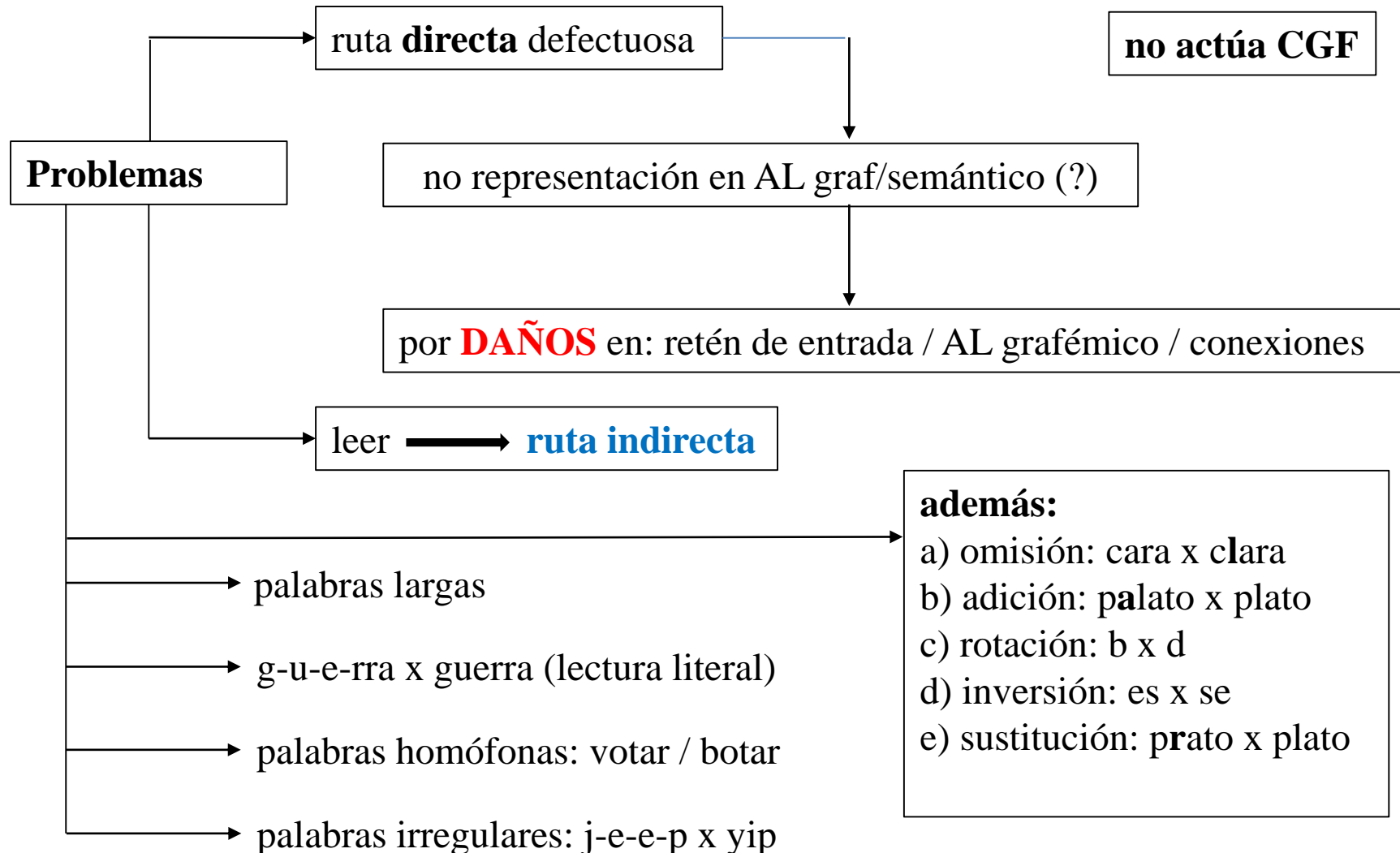
(1)



es la dislexia más frecuente

TIPOS: Dislexia directa

(2)



TIPOS: Dislexia profunda (mixta)

(3)

Problemas en las 2 rutas: indirecta y directa



errores típicos: **semánticos**

EJEMPLOS

a) feliz x cumpleaños: relación de significado, cumpleaños = feliz

b) lunes por ayer: asociación de tiempo

c) Rocío x Alba: el rocío del alba

Dislexia: causas

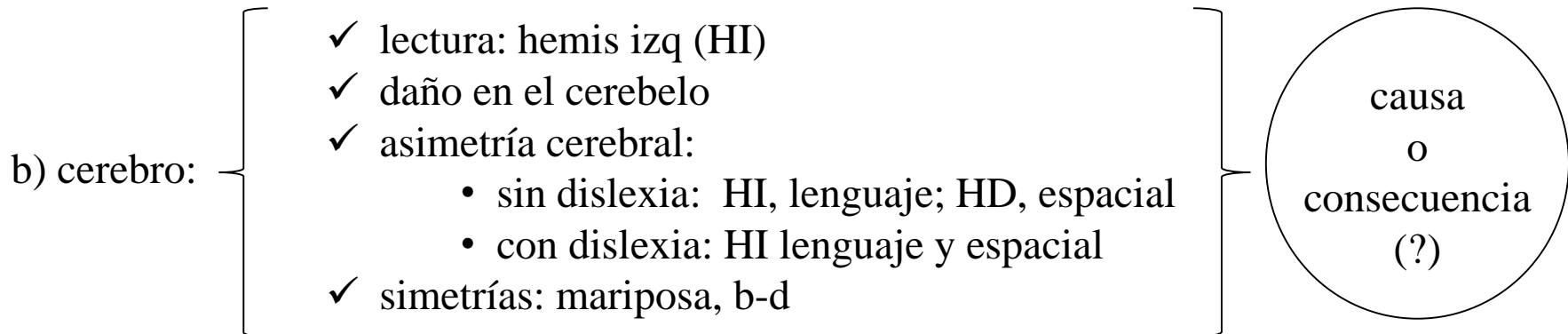
(1)

Tradicional: HIPÓTESIS del **déficit visual**

- a) mal tratamiento de la información visual:
- ✓ problemas perceptivo-visuales
 - ✓ problemas viso-espaciales
 - ✓ problemas esquema corporal
 - ✓ ...
- b) mal control de los movimientos oculares
- pero..., es causa o consecuencia (?)

Neurobiológica: HIPÓTESIS del **déficit general**

- a) herencia: > probabilidad de dislexia en familias con antecedentes

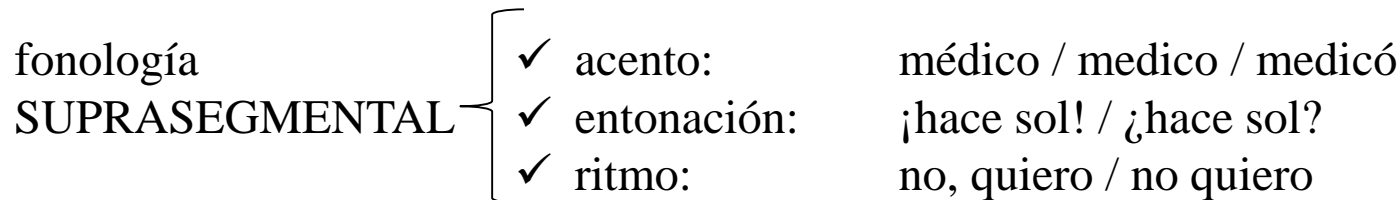
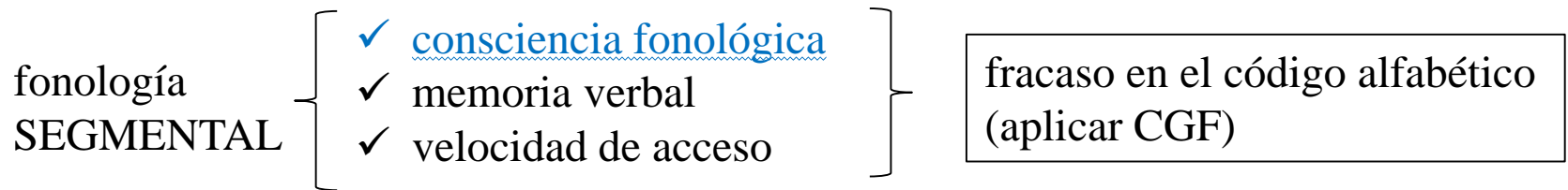


Dislexia: causas

(2)

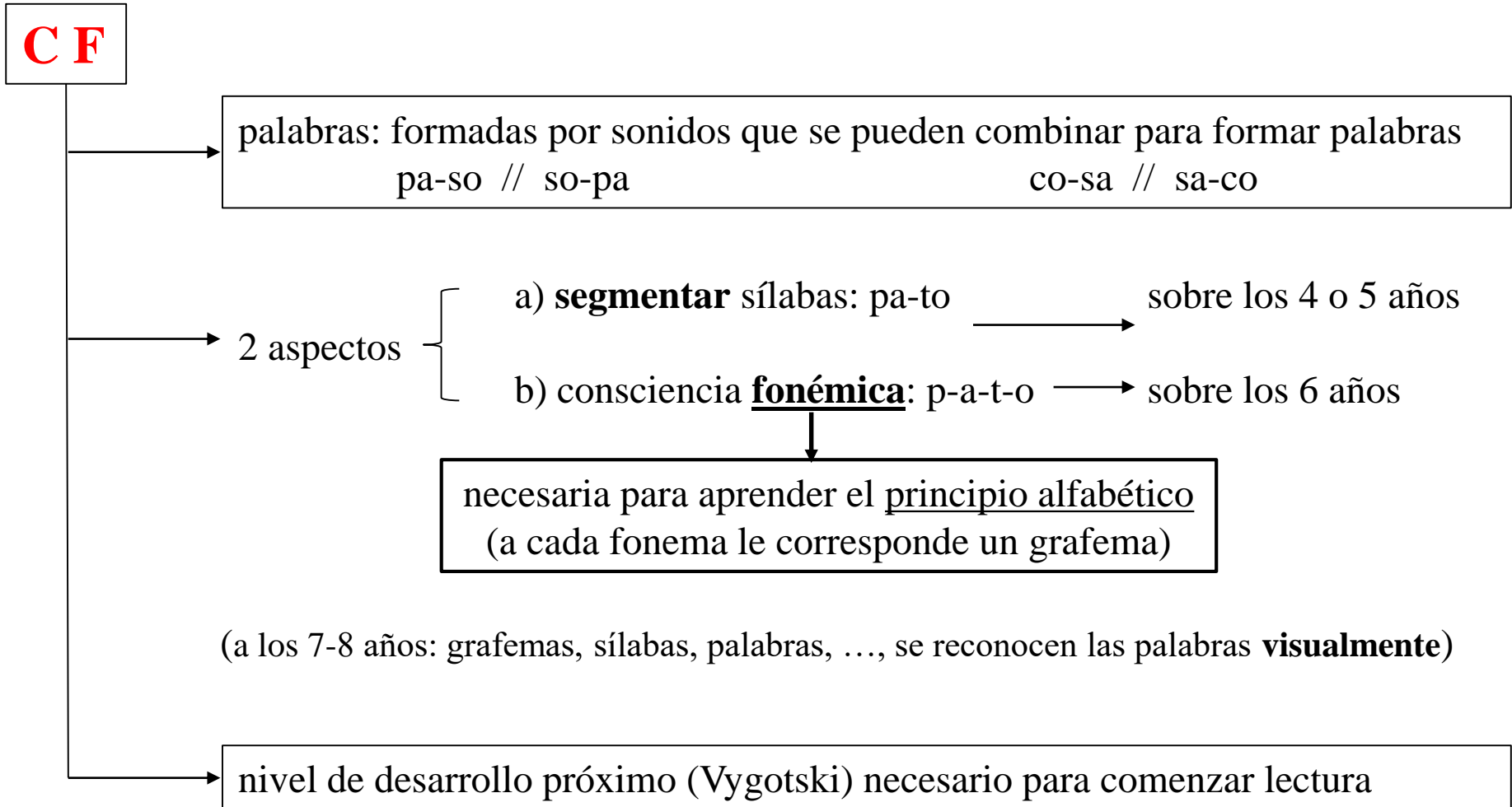
Psicolingüística: HIPÓTESIS del **déficit específico**

A) Déficit en el **procesamiento fonológico**:



B) Déficit en **automatización**: de las HH de reconocimiento / identificación de las palabras

Dislexia: consciencia fonológica (CF)



Secundaria a la metodología empleada

MADUREZ para aprender a leer:
6 años EM



A) No respetar el proceso madurativo del niño.

Para **comenzar** lectura, necesario:

- ✓ madurez necesaria para desear aprender a leer
- ✓ capacidad de fijar y mantener la atención
- ✓ CF y función simbólica (grafemas y fonemas = símbolos)
- ✓ HH. visoperceptivas y visoespaciales para poder percibir forma, posición, orientación y secuenciación de las letras dentro de la palabra;
- ✓ nivel normal de lenguaje auditivo-oral
- ✓ HH. de aprendizaje y memoria normales

B) Metodología empleada: **método** GLOBAL / FONÉTICO

método **GLOBAL** {
a) analítico
b) vía directa (léxica):
se parte de la palabra (global) para pasar a los elementos
c) vocabulario visual

asume {
a) no CGF
b) fonología: más lento el acceso al significado
c) lector: no necesita leer todas las palabras, adivina muchas de ellas

críticas {
a) no-CGF: reconocimiento lento de palabras, difícil comprensión de textos
b) se tarda más en automatizar la lectura que con los métodos fonéticos
c) trabajo doble: 1º de lo global a lo particular y 2º de lo particular a lo global,
d) palabras como dibujos: emparejar dos dibujos (palabra y significado), que son procesados en el hemisferio no dominante para el lenguaje

GLOBAL / FONÉTICO

método **FONÉTICO** {
a) sintético
b) vía indirecta (fonológica):
se parte del grafema/fonema para pasar a estructuras más complejas
c) vocabulario visual

Críticas {
a) poco estimulante
b) ignora los conocimientos intuitivos sobre la lectura
c) no son eficaces en lenguas **opacas** (*)

(*) viene pq se suele decir que cuando:

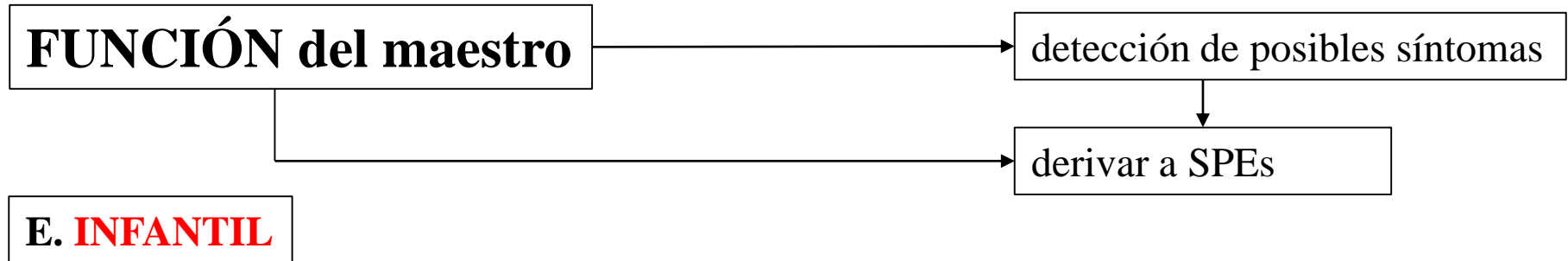
- ✓ la correspondencia GF es alta: método sintético
 - ✓ la correspondencia GF es baja: método global
- alta: en lenguas transparentes (castellano, italiano)
baja: en lenguas opacas (francés, inglés)
- } **NO** está claro

En general:

- ✓ tendencia favorable a los métodos fonéticos
- ✓ prevalencia de dislexia indirecta: > en lenguas opacas

Dislexia: detección

(1)



- ✓ **confusión** entre: adelante-atrás, antes-después, arriba-abajo, derecha-izquierda, hoy-ayer-mañana (a los 6 años no debería haber confusión),
- ✓ **dificultad**: identificación de colores, visomotora (imitar trazos simples),
- ✓ falta de **dominio manual**: imposibilidad de atarse los cordones (p.e.)
- ✓ **inmadurez fonológica**: incapacidad de rimar a los 4 años (p.e.)
- ✓ **retraso en el habla**

E. INFANTIL

✓ Además

- problemas en el reconocimiento del esquema corporal (a los 7 años deben estar superados)
- juegos de consciencia fonológica
- memoria y percepción visual (figura-fondo)
- memoria y percepción auditiva
- praxias bucolinguales, digitomanuales y oculomotoras (a partir de los 6 años no deben haberlas)

Dislexia: detección

(3)

E. PRIMARIA

✓ **lentitud** en la lectura

✓ trata de **adivinar** al leer

✓ además

sustituciones, ‘pato x peto’, ‘foca x boca’

rotaciones, ‘haba x hada’

inversiones, : ‘saco x asco’ / ‘calamar x camelar’,

omisiones, ‘fundamenta x fundamental’, ‘Luisa cantó x Luisa **no** cantó’,

adiciones, ‘palato x plato’, ‘patito x patio’.

vacilación, silabeo, repetición y/o rectificación global o parcial.

E. PRIMARIA

Se prepara una lista de palabras y otra de pseudopalabras:

- ✓ **Igual** (=) facilidad en la lectura de palabras y pseudopalabras:
Problemas en la ruta **DIRECTA** (léxica)
- ✓ **Mayor** (>) facilidad en la lectura de palabras que en la lectura de pseudopalabras:
Problemas en la ruta **INDIRECTA** (fonológica)

A partir de aquí podemos realizar una **evaluación más completa**: PROLEC, PLON, PECO

Dislexia: detección

(5)

CUÁNDO no es dislexia?

SÍ es dislexia cuando los problemas están en (Benedet, 2013):

- ✓ retén grafémico de entrada
- ✓ AL grafémico de entrada
- ✓ mecanismo CGF y/o
- ✓ sus conexiones entre ellos y con el resto del SPL

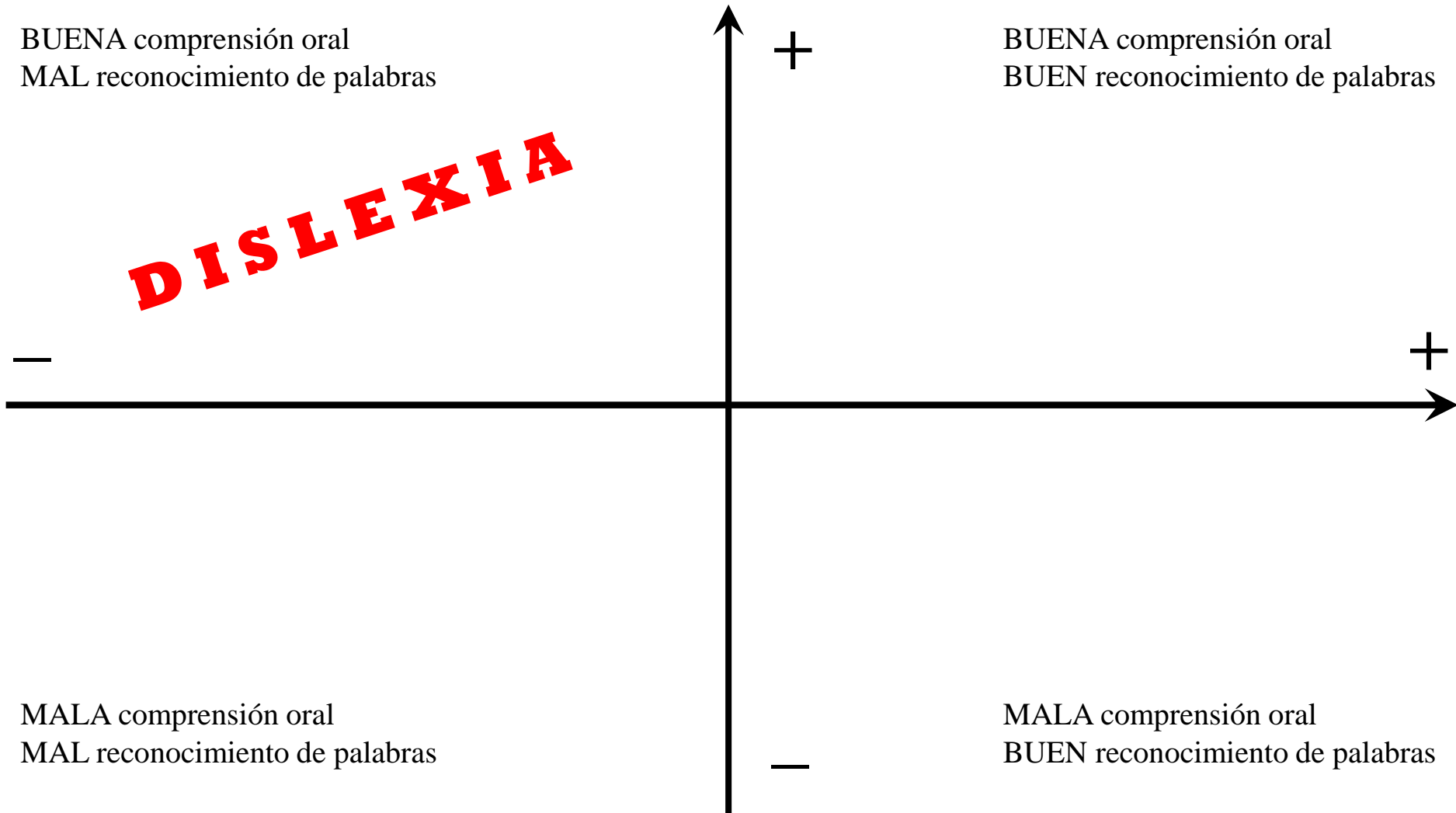
Además:
criterio de exclusión

NO es dislexia Cuando los problemas están en otras partes del SPL:

- ✓ trastorno general del lenguaje (TGE)

Dislexia: detección

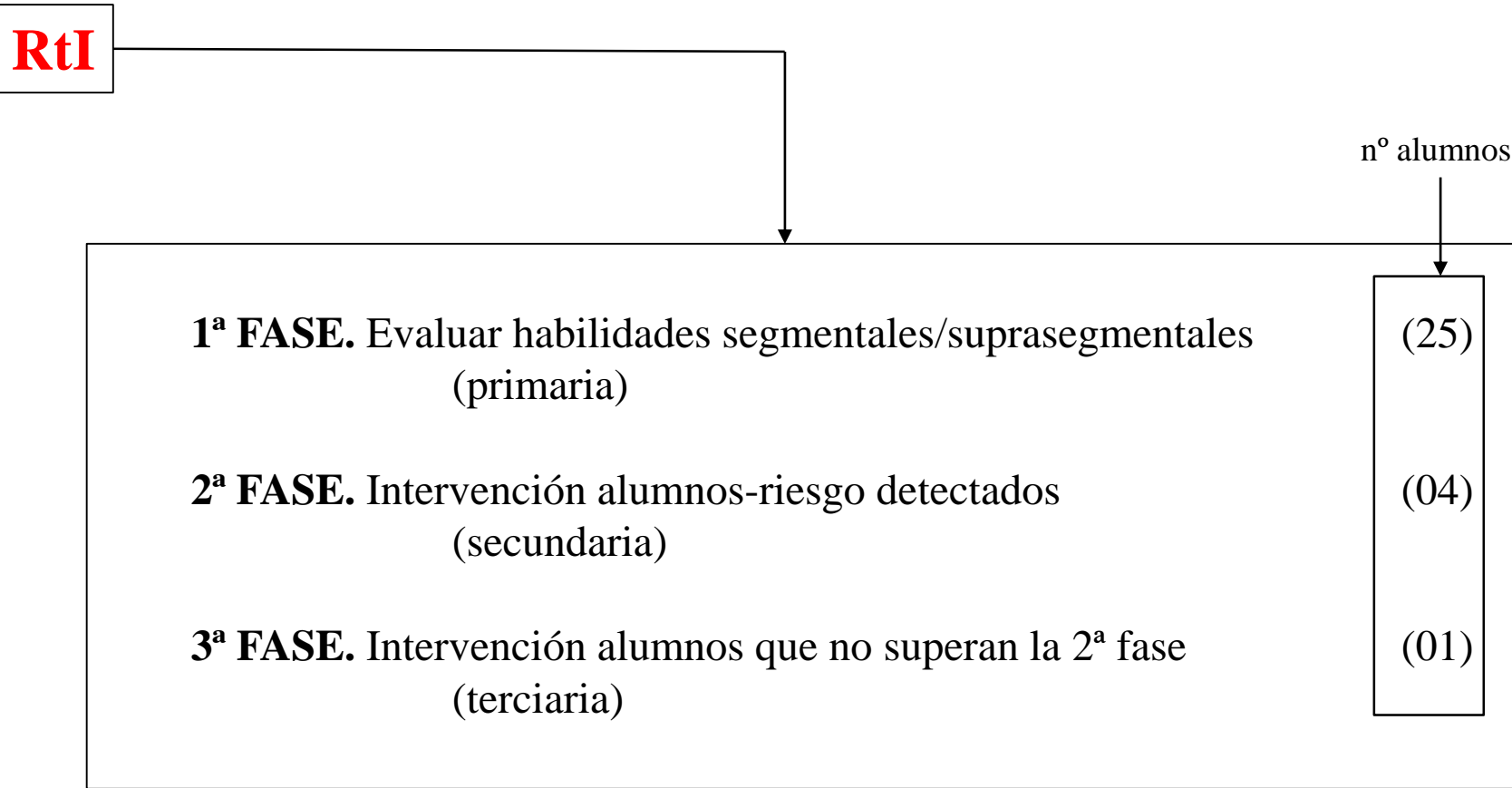
(6)



Dislexia: intervención primaria

(1)

E. INFANTIL / PRIMARIA



Dislexia: intervención primaria

(2)

E. INFANTIL

TRABAJAR

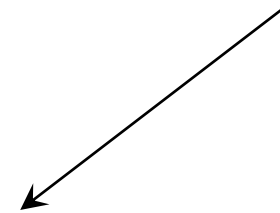
✓ **vocabulario**

✓ HH. fonológicas **segmentales**: CF, memoria verbal, velocidad de acceso

✓ HH. fonológicas **suprasegmentales**: acento, entonación, ritmo

✓ **además**: discriminación visual (figura-fondo), percepción de las posiciones espaciales, habilidades viso-espaciales y perceptuales, memoria visual, atención espacial selectiva, integración binocular

(RtI)



AUTOMATIZAR y MOTIVAR

Dislexia: intervención primaria

(3)

E. PRIMARIA

MADUREZ para aprender a leer: 6 años EM

Continuar **RtI**

RESPETAR el proceso de **maduración** del niñ@

Dislexia: intervención secundaria/terciaria (4)

Secundaria: resolver / **Terciaria:** paliar

RETRASO

- a) SIN afectación cerebral
- b) Intervención: acelerar / reforzar

TRASTORNO

- a) CON afectación cerebral
- b) Intervención: rehabilitación para compensar la función cognitiva afectada
- c) acelerar / reforzar: no tienen utilidad

En cualquier caso

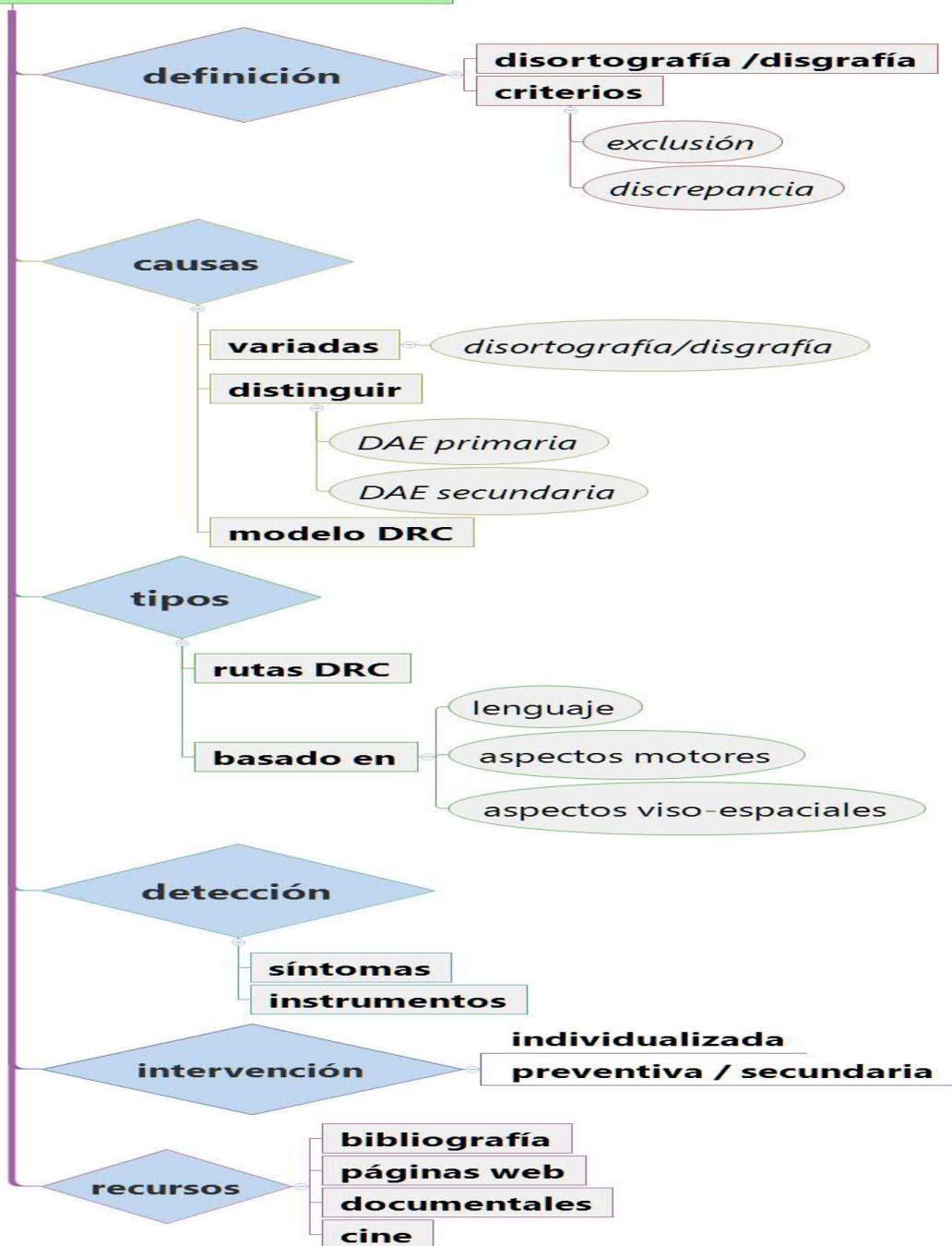
los niños disléxicos (casi todos) puede aprender a leer mediante práctica intensiva

C-01 (b)

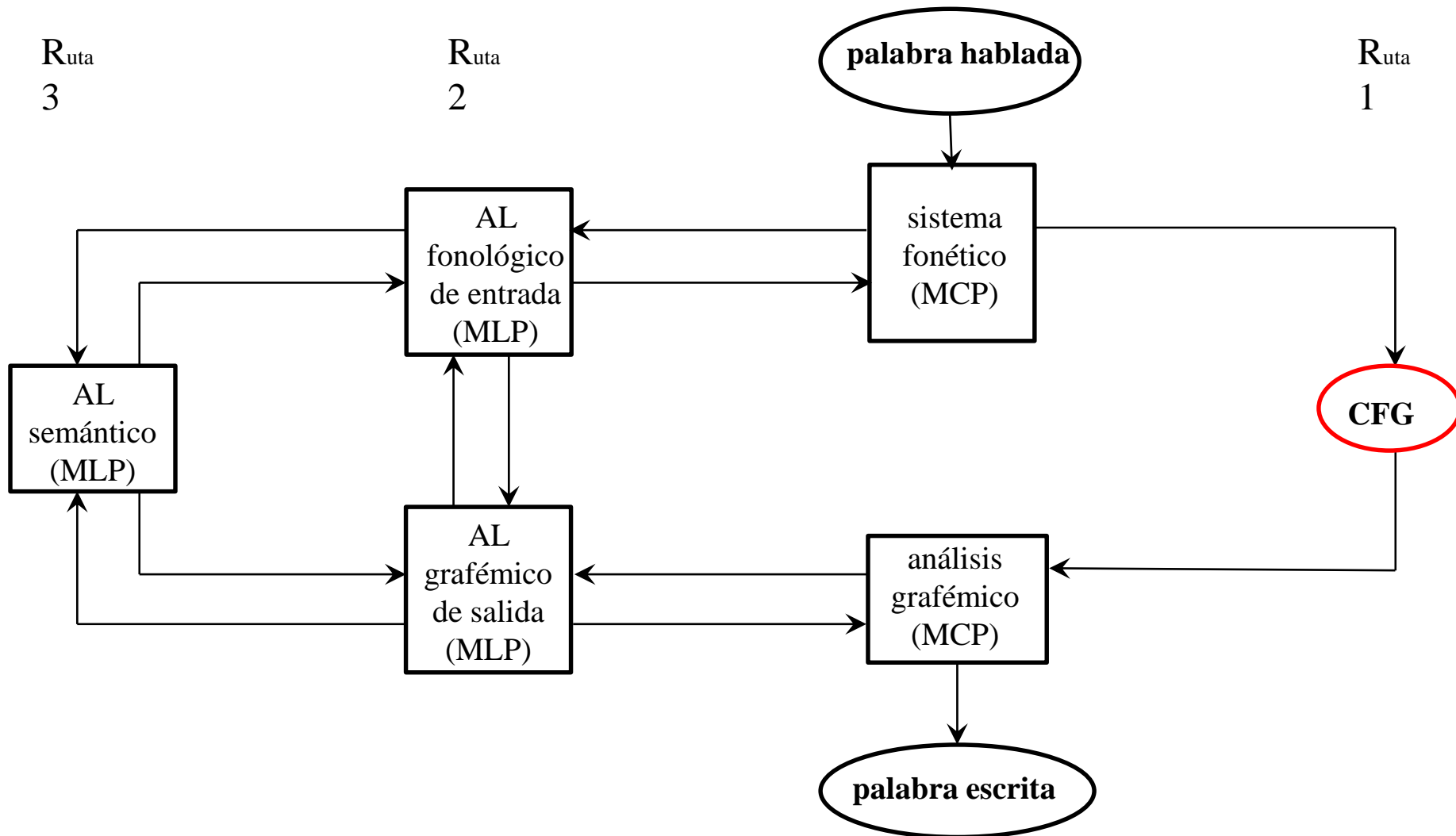
DALE. Dificultades en el Aprendizaje de la Lecto-Escritura

T-02b. Dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura en EP.

DAE (Disortografía/Disgrafía)



Modelo DRC (*Dual Route Cascaded Model*) (1)



Modelo DRC (*Dual Route Cascaded Model*) (2)

Ruta INDIRECTA fonológica

- a) se guía por el sonido
- b) podemos escribir todas las palabras
- c) errores: sonidos con más de un grafema
C / Z: Cáceres / Kázeres

Rutas DIRECTAS

➤ léxica

➤ léxica-semántica

- a) dependen de: activar en AL las palabras escuchadas conocidas
- b) las palabras desconocidas no pueden activarse, no están en AL
- c) podemos escribir las palabras conocidas, incluso las de grafía arbitraria (¿bicicleta o vizikleta?)
- d) cuanto más se conoce una palabra: menos errores al escribirla

disortografía

- a) desconocimiento de las reglas ortográficas
- b) dificultad para adquirir las habilidades de escritura al dictado (Benedet, 2013)

disgrafía

- a) trastorno funcional de la escritura, afecta a la forma y al significado de la letra
- b) el dibujo de las letras es ilegible: imposibilidad de comunicación por escrito

RARO	{	a) disortografía	SIN disgrafía
		b) disgrafía	SIN disortografía
		c) disgrafía /disortografía	SIN estar precedida por dislexia

DAE	{	PRIMARIA: SIN causas madurativas que lo expliquen
		SECUNDARIA, sus causas son: trastornos motores, intelectuales o ...

DAE se diagnostica en 2º de EP (\pm)

DSM-5

engloba las DAE en el Trastorno específico del aprendizaje

CRITERIOS

Persistencia, al menos durante seis meses, de uno de los dos síntomas siguientes después de que hayan tomado las medidas oportunas para intentar resolver el problema:

- ✓ dificultades **ortográficas**: añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes, ...
- ✓ dificultades con la **expresión escrita**: múltiples errores gramaticales / puntuación en una oración, organiza mal el párrafo, la expresión escrita de ideas no es clara, ...

Al igual que en dislexia, el problema debe:

- ✓ comenzar en la edad escolar
- ✓ cumplir criterios de discrepancia y de exclusión.

DAE. Causas

1. madurativas
2. esquema corporal
3. funciones perceptivo-motoras
4. déficits psicomotores
5. lateralización
6. mala praxis

→ **DAE *secundaria* al déficit**

DAE si los problemas están en (Benedet, 2013):

- ✓ mecanismo CFG
- ✓ AL grafémico de salida
- ✓ retén grafémico de salida (análisis grafémico, MCP), y/o
- ✓ sus conexiones.

demás situaciones:

DAE **secundaria** a déficits en otras partes del SPL, incluidos los de la lectura.

- ✓ dislexia (la precede)
- ✓ pruebas estandarizadas
- ✓ tres tareas (y ver qué pasa):
 - copia,
 - dictado y
 - redacción espontánea

A) en relación a los **símbolos alfabéticos**:

- ✓ confusión alógrafos: ‘A - *a* - a’
- ✓ adición: ‘carla x cara’ / ‘palato x plato’ / ‘amoto x moto’,
- ✓ omisión: estela x est**re**lla’,
- ✓ rotación (letras): ‘p x b’ / ‘b x q’ / ‘w x m’,
- ✓ inversión (sílabas) ‘esta x seta’ / ‘polmo x plomo’ / ‘le x el’,
- ✓ sustitución (por similitud): ‘mabo x nabo’,
- ✓ fragmentación: ‘de sem boca x desemboca’,
- ✓ repetición de letras, sílabas o palabras,
- ✓ mezcla de mayúsculas y minúsculas,
- ✓ diferentes tipos de escritura,
- ✓ mezcla imprenta / cursiva,
- ✓ ...

B) en relación a los **patrones motores**:

- ✓ tamaño irregular de las letras (muy pequeñas o muy grandes),
- ✓ letras mal dibujadas, desproporcionadas, ...

C) en relación a la **organización general**:

- ✓ palabras amontonadas,
- ✓ renglones grandes o pequeños,
- ✓ márgenes irregulares,
- ✓ confusión entre líneas horizontales y verticales,

D) **dirección confusa** en la escritura,

E) **distorsión** en la copia de formas simples

DAE. Tipos

Daños en Ruta 1:	problemas en la ruta indirecta (fonológica)
Daños en Rutas 2 y 3:	problemas en las rutas directas (léxica y léxica-semántica)

TAMBIÉN

✓ DAE basada en el **lenguaje**:

- para escribir se ha de convertir un fonema en grafema
- es el mismo proceso que la lectura
- es muy difícil de separar de la dislexia (si es que se debe separar)

✓ DAE **motora**:

- los problemas son motores por los que el alumno no logra escribir correctamente
- no está relacionado de forma directa con los mecanismos de lectura

✓ DAE **viso-espacial**:

- errores tales como: uniones/roturas de palabras, omisiones de letras/sílabas

MUY RARO: niños que tienen dificultades ortográficas pero leen perfectamente

DAE. Intervención

Preventiva (primaria):

- ✓ aplicar RtI
 - ✓ respetar el proceso madurativo del niño
- trabajar

{

- psicomotricidad fina/gruesa
 - aspectos perceptivos (temporales, espaciales, viso-espaciales, atención, ...)
 - coordinación viso-motora
 - grafomotricidad
 - mejora de la fluidez de escritura
 - etc.

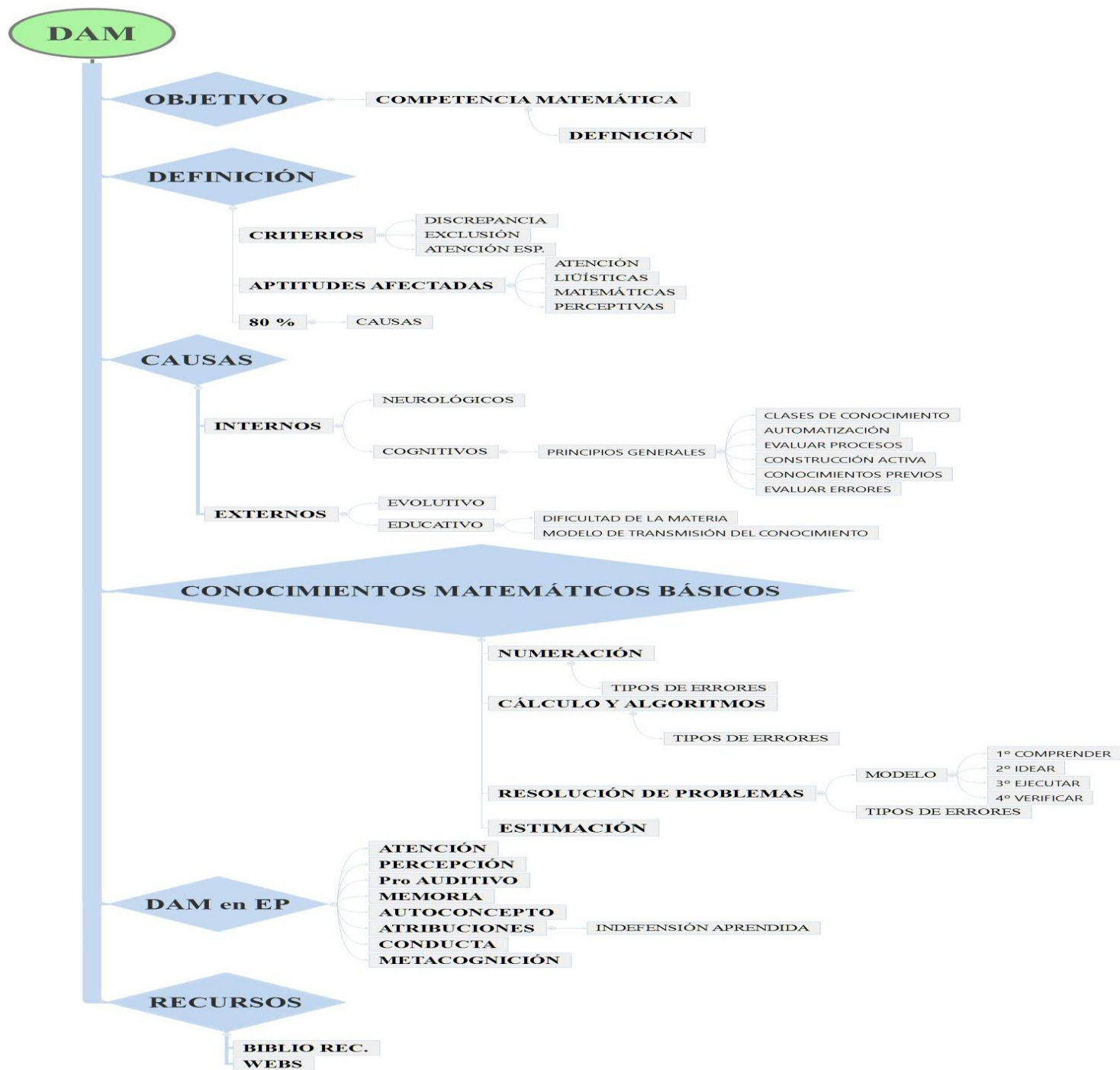
Secundaria:

- ✓ incidir en las áreas (anteriores) deficitarias
- ✓ **especialmente**: evaluar los errores de escritura que se presentan y ...

C-02

DAM. Dificultades en el Aprendizaje de las Matemáticas

T-02c. Dificultades en el aprendizaje de las matemáticas en EP.



OBJETIVO del aprendizaje de las matemáticas: **competencia matemática (CM)**

CM: capacidad para

- identificar y comprender el papel que las matemáticas juegan en el mundo,
- mantener juicios fundados,
- manejar e interesarse por las matemáticas,

de forma que responda a las necesidades de la vida de ese individuo

resumiendo

CM: resolver problemas y aplicar las matemáticas para desenvolverse en la vida cotidiana

DEFINICIÓN DAM

- Criterio de discrepancia, entre lo que hay y lo que se espera.
- Criterio de exclusión, DAM no causada por trastornos sensoriales, por TDI o por no haber tenido oportunidad para aprender
- Criterio de atención especializada, son niños que no pueden beneficiarse de la instrucción ‘normal’, necesitan programas individualizados.

Definición, dificultades que se caracterizan por un bajo desempeño en matemáticas (manejar símbolos y cálculos) para la edad cronológica del niño que no puede explicarse por otro tipo de trastorno o por circunstancias personales o ambientales desfavorables, y que con una atención individualizada pueden superarse.

APTITUDES afectadas en DAM:

- **atención:** dificultad al reproducir números, recordar el ‘llevar’ de la resta
- **lingüísticas:** dificultades en la decodificación de problemas escritos
- **matemáticas:** dificultad en tablas de multiplicar, seguir una secuencia de números
- **perceptivas:** dificultad en el reconocimiento de los números

el 80% de Dif. Aprendizaje: problemas de lectura / muchos también en matemáticas
de ese 80%, solo DAM: 6% aproximadamente. posibles **CAUSAS:**

- las DAM tienen su origen en un problema de lenguaje/lectura
- es un elemento más de una dificultad generalizada

las DAM suelen diagnosticarse en 3 curso de EP

DAM. Causas (1)

INTERNAS

1) Neurológicas. DAM adquiridas como resultado de lesión cerebral

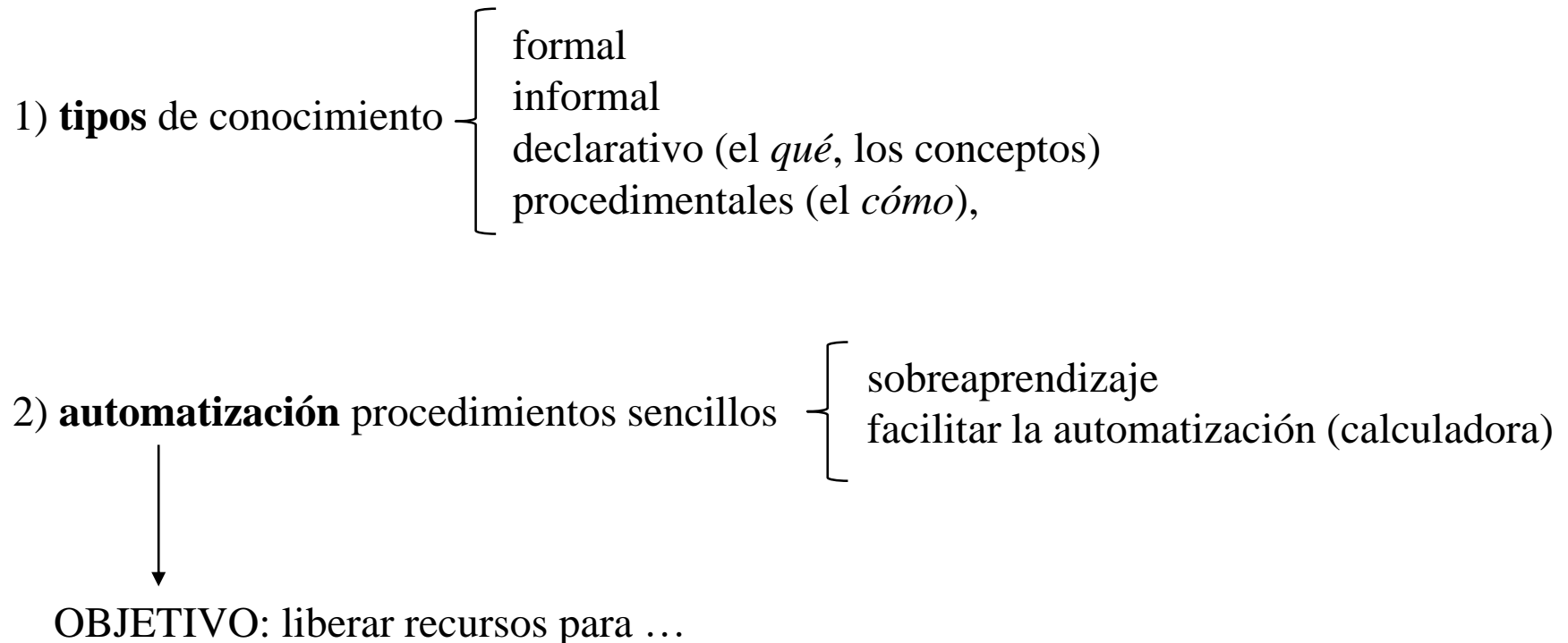
casos muy raros en el aula

2) Cognitivas. DAM producidas por procesos cognitivos inapropiados.

- utilizan mal la atención,
- efectúan incorrectamente los procesos de recuerdo, almacenamiento, etc.,
- no poseen los conocimientos previos necesarios

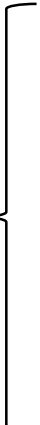
DAM. Causas (2)

DAM cognitiva. Principios a tener en cuenta:



DAM. Causas (3)

3. **evaluar** el proceso que lleva al alumno a dar una respuesta
4. conocimiento se debe alcanzar mediante un proceso de **construcción** activo
5. conocimientos **previos**, suelen ser informales

6. **evaluar** errores (y el proceso) 
 - adivinanza
 - dirección
 - confundir signos
 - omisión,
 - inversión ($7+7=41$)
 - restar 'llevando'
 - sustitución en el proceso ($32 \times 4 = 38$)

DAM. Causas (4)

EXTERNAS

3) Evolutivas: pobre estimulación en las primeras etapas del desarrollo.

4) Educativas:

- dificultad de la materia, contenido desde el punto de vista de la asignatura, y
- forma de enseñarla para lograr que la aprendan todos los alumnos

DAM. Causas (5)

RESUMIENDO, las causas fundamentales de las DAM: **EXTERNAS**:

1) falta de **funcionalidad** de los conocimientos

2) **desconexión** mundo real – escuela

a) lenguaje matemático - lenguaje familiar

b) los chicos tienen que aprender un nuevo idioma que solo se va a utilizar en la escuela y, dentro de ella, solo en la clase de matemáticas

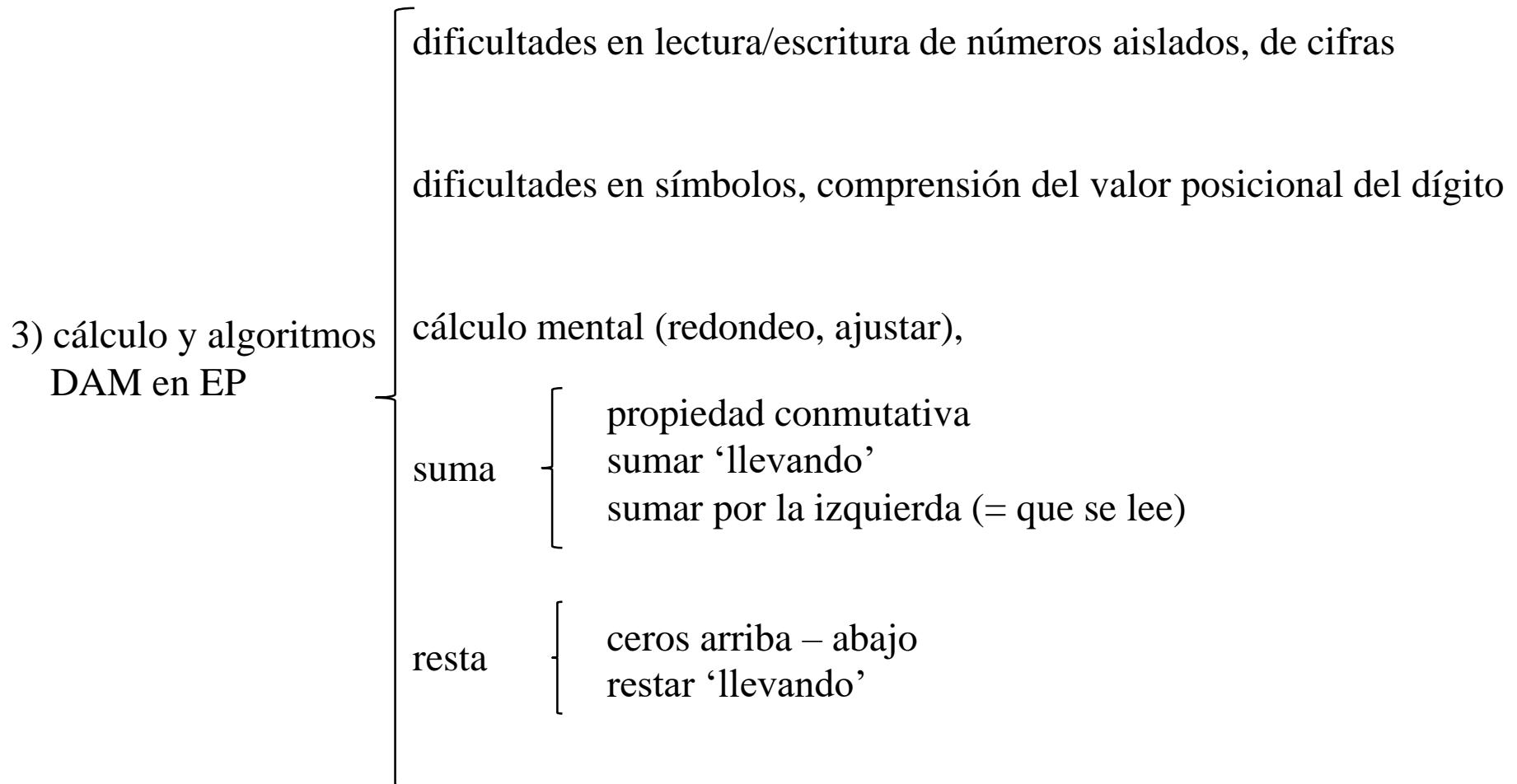
c) enseñanza fuera de contexto

DAM. Conocimientos mat. básicos (1)

1) Numeración DAM en EP	{	valor posicional	(51 – 15)
		confundir ciertos dígitos	(6 – 9)
		ceros intermedios	(202 – 22)

2) estimación (“estimar” antes de ...)	{	redondeo	
		ajuste	
		selección de otra estrategia	

DAM. Conocimientos mat. básicos (2)



DAM. Conocimientos mat. básicos (3)

4) resolución de problemas
(comprensión del texto)
DAM en EP:



enseñanza explícita fases

{ exploración irracional del problema
traducción del lenguaje-problema a lenguaje-matemático

{ 1ª) comprender el problema
2ª) idear un plan
3ª) ejecutar ese plan
4ª) verificar los resultados


A TENER EN CUENTA

{ problemas **claramente** expresados
utilizar el **repertorio** lingüístico del alumno
priorizar **manipulación** sobre abstracción/memoria
trabajo en grupo (**ACO**)

DAM. Dificultades relacionadas

1. atención selectiva
2. percepción: diferenciación figura-fondo, discriminación y orientación espacial.
3. procesamiento auditivo: posible causa de los problemas en:
 - cálculo mental
 - presentación de problemas de forma oral - secuencial (criterio de exclusión)
4. memoria (MCP)
5. autoconcepto negativo, por el posible historial de fracasos
6. atribuciones (posible indefensión aprendida):
 - fracasos: falta de capacidad
 - éxitos: suerte
7. conducta: ansiedad e impulsividad
8. estrategias metacognitivas,

DAM. Pautas de intervención

- **individualización** de la enseñanza
- **ACO**
- priorización de las actividades **manipulativas**, la **comprensión** de conceptos y de operaciones, sobre los procedimientos mecánicos y memorísticos
- trabajar los problemas de forma verbal **antes** que numérica
- desarrollo de un **vocabulario** matemático
- **graduar** la dificultad
- enseñar explícitamente **estrategias** de solución de problemas
- **contextualizar** la enseñanza de las matemáticas (para qué sirven)
- trabajar desde los **prerrequisitos**
- enseñanza **multisensorial**
- **distinguir** entre desarrollo y competencia: ACTO – POTENCIA
- la más importante 

SENTIDO COMÚN

C-03

InEs. Inadaptación Escolar

T-03b. Problemas del comportamiento e inadaptación al sistema escolar en EP.

InEs

DEFINICIÓN

CAUSAS

EL SIST. EDUCATIVO

QUÉ ES
¿QUÉ APRENDER?
¿UNIFORMAR?
DEBERES

CONSECUENCIAS

FALTA DE MOTIVACIÓN
ABURRIMIENTO

FACTORES SOCIALES

BAJO NIVEL CULTURAL FAMILIAR
DESINTERÉS FAMILIAR POR LA ESCUELA
TEXTOS ESCOLARES
OBJETIVOS A LARGO PLAZO
ESCUELA Y REALIDAD
LENGUAJE
ACTITUDES

BERSTEIN

RESTRINGIDO
ELABORADO
SOCIOcéntrico-EGOcéntrico

ACTITUDES

IDENTIFICACIÓN

INSTRUMENTAL
EXPRESIVA

ACTITUDES

ADHESIÓN
RESISTENCIA
ACOMODACIÓN
DISOCIACIÓN

COSTE / RENDIMIENTO
VALOR DEL TÍTULO
INDIVIDUO / GRUPO

CONSECUENCIAS

FRACASO

RATIO?
HORAS?
INVERSIÓN?
HORAS?

CONDUCTA

DISRUPTIVA

DEL APRENDIZAJE
DE LA CONVIVENCIA

ACOSO

CARACTERÍSTICAS

FASES

TIPOS

VERBAL, SOCIAL, FÍSICO

INTERVINIENTES

MATÓN, VÍCTIMA, MIRONES
PROFESOR, FAMILIA, ESCUELA

CIBERACOSO

DIFERENCIAS CON EL ACOSO
OTRAS: GROOMING, SEXTING

PAUTAS DE INTERVENCIÓN

EDUCATIVA

HOLÍSTICA

PROGRAMAS

KiVa
ASP

REC. DEFENSOR

ACO

APREND. TRADICIONAL
APREND. COOPERATIVO

RECURSOS

BIBLIO REC.

PÁGINAS WEB

DOCUMENTALES

CINE

INADAPTACIÓN ESCOLAR:

- chicos normales,
- de familias normales,
- sin problemas especiales,

que de forma gradual y paulatina, no se amoldan, no entienden y no les interesa lo que el sistema educativo ofrece, creando situaciones en el aula muy desagradables para sus compañeros y para el profesorado

PQ?

1) El Sistema Educativo

QUÉ es? algo formado por todas aquellas personas que intervienen en él:

- padres,
- alumnos,
- profesores,
- comunidad y
- otras

¿responsabilidad de cada?

A) ¿Qué tienen que aprender mis alumnos?

- cantidad
- diferencia: importante / esencial
- decidir qué enseñar/aprender

InEs. Causas. El SE

B) ¿'Uniformamos' a nuestros alumnos?, ¿Cómo?

- ampliando la enseñanza obligatoria
- mismos contenidos,
- mismos docentes,
- mismos sistemas de evaluación,
- mismos ..., todo.

para todos

¿Igualdad de oportunidades? —————> **NO se consigue**

InEs. Causas. El SE

Se **cree** que así:

- se evita la discriminación producida por el entorno social,
- la selección del alumno se hace por sus 'méritos', por su esfuerzo, por su interés


¿qué se consigue?

- **escuelas iguales** para todos
- **aburrimiento** debido a:
 - contenidos descontextualizados e irrelevantes
 - uso de una metodología obsoleta
 - pedagogía 'bancaria'
 - motivación extrínseca (si es q la hay)
- **falta de motivación** o
motivación extrínseca (si es que la hay)

¿de dónde se debe partir?

- 
- no hay dos personas iguales
 - todas las personas tienen los mismos derechos

¿a dónde se debe llegar?

- 
- Alumno: derecho a la mejor educación posible
 - Admin.: obligación a proporcionarla

InEs. Causas. El SE

¿para conseguir?

- eliminar las desigualdades de partida
- escuelas IGUAL DE EFICACES para todos

mediante

tratamientos \neq proporcionados a todos los alumnos
porque \neq son todos los alumnos

InEs. Causas. El SE

C) ¿Qué pasa con los *deberes*?

Si no se obligara a los niños a aprender cosas inútiles y sin sentido, entonces los deberes serían absolutamente innecesarios para el aprendizaje de las asignaturas ordinarias. Pero cuando se exige la acumulación de una gran cantidad de datos con poca o ninguna importancia para el niño, el aprendizaje es tan lento y costoso que el colegio se ve obligado a requerir la ayuda de casa para salir del lío que el propio colegio ha generado (Washburne, 1937). Citado por Kohn (2013, p. 11).

SÍ (CONCAPA), porque:

- a) ayudan a crear un hábito de trabajo, de orden y supe-ración,
- b) la familia se implica, estimulando el aprendizaje jun-to con el colegio,
- c) conllevan disciplina y es-fuerzo,
- d) aprenden a ser responsables diariamente,
- f) refuerzan su capacidad de razonamiento y memoria.

<http://cesoirpasdedevours.blogspot.com.es/>

NO (CEAPA), porque:

- a) representan en gran medida un fracaso del sistema educativo,
- b) constituyen un problema para muchos progenitores que salen tarde de trabajar y no disponen de tiempo,
- c) provocan desigualdades sociales,
- d) crean tensiones entre padres e hijos,
- f) los menores necesitan tiempo para realizar actividades ...

InEs. Causas. Factores sociales

ESCUELA

- como institución, no responde a los intereses de los alumnos pertenecientes a clases sociales bajas, los cuales están determinados por la clase social
- no parte de la realidad que vive el niño
- los objetivos escolares se consiguen a muy largo plazo
- el tipo de cultura impartido: subcultura de las clases urbanas medias/altas
- textos escolares que hablan de cosas distintas al mundo del niño

InEs. Causas. Factores sociales

FAMILIA

- bajo nivel cultural de los padres/adultos significantes para el niño
- desinterés de la familia por la escuela

OTROS

- las diferentes clases sociales ejercen influencias diferentes sobre el desarrollo del niño
- sensación de inutilidad que se tiene hacia la escuela por parte de sus iguales
- el lenguaje, las expectativas sociales y horizontes escolares

InEs. Causas. Factores sociales

clase social / *lenguaje*

código lingüístico restringido (**público**):

- uso de frases cortas o inacabadas
- vocabulario pobre:
 - escasos adjetivos
 - repetición de conjunciones
 - pocas nociones abstractas,
- poca precisión verbal,
- sustitución de palabras por gestos,
- pocas oraciones subordinadas
- pobre verbalización de los sentimientos
- frases sociocéntricas (nosotros ...)

código lingüístico elaborado (**formal**):

- mayor cantidad de vocabulario
- sintaxis más compleja
- frases egocéntricas (yo ...)



es el utilizado en la institución educativa

InEs. Consecuencias. Actitudes

hacia el centro educativo

IDENTIFICACIÓN INSTRUMENTAL

IDENTIFICACIÓN EXPRESIVA

DISOCIACIÓN

ADHESIÓN

$[-,+]$

$[+,+]$

$[-,-]$

$[+,-]$

RESISTENCIA

ACOMODACIÓN

InEs. Consecuencias. Actitudes

ACTITUD	GRUPOS	
	<u>PRO</u> -Escuela	<u>ANTI</u> -Escuela
Individualista	acomodación	disociación
Grupal	adhesión	resistencia

acomodación:

- malos resultados académicos: cambiar a resistencia (su misma clase social)
- buenos resultados académicos: cambia a adhesión pero lentamente

disociación:

- *no puede* integrarse en ninguno de los otros grupos

InEs. Consecuencias. Actitudes

aspectos de la cultura contraescolar (actitud de resistencia):

- actitud escéptica acerca del **valor** de los títulos con relación al **sacrificio** que hay que efectuar para conseguirlos
- el tener o no un título escolar no va a suponer una mejora en el trabajo a desempeñar, por lo que:
estudiar para nada no es una conducta inteligente
- se diferencia entre **individuo** y **grupo**

InEs. Consecuencias. Actitudes

provoca



no acceder a BAC/FP

rezagados



repetir curso

SOLUCIONES?



< la ratio?



o rentabilizar recursos personales?

> las horas lectivas?



más aun?

> la inversión?



o rentabilizar la inversión?

InEs. Consecuencias. Conducta

CONDUCTA DISRUPTIVA

DEFINICIÓN

conducta que interfiere/rompe la dinámica de clase

MANIFESTACIONES

indisciplina, grosería, insolencia

TIPOS, conductas que interfieren/rompen:

- el aprendizaje: bajo rendimiento, molestar en clase y absentismo
- la convivencia: falta de respeto, conflicto de poder y violencia.

InEs. Consecuencias. Conducta

ACOSO escolar (bullying)

< de 14 años: hay responsabilidad civil, responden la familia y la escuela

Definición

1) “las formas de actitudes agresivas, intencionales, eventuales o repetidas, que ocurren sin motivación aparente, adoptadas por uno o más alumnos sobre otro u otros alumnos, causando dolor, angustia y ejecutadas dentro de una relación desigual de poder” (Cahuas, 2012)

2) conducta intencional, humillante, desagradable, efectuada por uno o varios alumnos y que está dirigida contra otro que tiene dificultades para defenderse (Olweus, 2010)

InEs. Consecuencias. Conducta

Dónde se produce?

aulas y recreos, entradas y salidas del centro, lavabos y vestuarios

A) Características (acoso y ciberacoso):

- intencionalidad manifiesta
- se repite en el tiempo (a veces diariamente durante años)
- hay desequilibrio -físico, social o psicológico- entre el matón (*bully*) y la víctima



DIFERENCIA: la violencia es un hecho aislado, el acoso es continuo

InEs. Consecuencias. Conducta

B) Fases

- 1) el matón inicia el proceso
- 2) desacreditación escolar-social-familiar de la víctima
- 3) indefensión psicológica de la víctima
- 4) problemas psicológicos/psicosomáticos graves en la víctima
- 5) fase final, dos situaciones:
 - cronificación: exclusión o autoexclusión escolar/social, o
 - superación del daño: resolución y protección del niño

InEs. Consecuencias. Conducta

C) Tipos de acoso (por orden de asiduidad)

1º) VERBAL, objetivo: destruir la autoestima de la víctima

- directos: insultos, chantaje
- indirectos: calumnias, murmuraciones falsas, motes, burlas

2º) SOCIAL, objetivo: aislar a la víctima (exclusión social)

- no dirigir la palabra, no querer jugar, ignorar

3º) FÍSICO, objetivo: intimidar a la víctima,

- abrumar con la presencia, hostigamiento, golpes

Otros tipos de acoso físico son:

- económico: agresiones contra las cosas de la víctima
- sexual: contacto físico indeseado, insinuaciones, coacciones

género/tipo de acoso

♂: físico y sexual,

♀: verbal, social y ciberacoso

InEs. Consecuencias. Conducta

CIBERACOSO escolar (cyberbullying)

DEFINICIÓN

daño intencional y repetido infligido mediante computadoras, teléfonos, etc.

DIFERENCIAS con el acoso

- se produce entre menores sin adultos
- sucede en el espacio virtual: no hay cara a cara, ni acoso físico
- impunidad: matones anónimos
- soledad de la víctima: está sola en su casa con el teléfono/ordenador
- el matón es menos conocedor del daño que ocasiona
- rapidez inmediata: propagación de rumores
- cualquier tiempo y lugar: no se limita al centro y al horario escolar.
- puede ser más sencillo terminar con el ciberacoso: la víctima puede pedir ayuda en la red / bloquear a los matones

InEs. Consecuencias. Conducta

RELACIONADO con el ciberacoso

grooming (engaño pederasta):

- un adulto engaña a la víctima para conseguir fotos íntimas suyas para chantajearle.

sexting (exhibicionismo online):

- enviar/recibir imágenes/videos erótico/*sexual* por teléfono/internet
- efectuadas por los protagonistas
- si acaban en internet:
 - quedan fuera del control de los actores
 - se convierten en una herramienta más de grooming o de ciberacoso

InEs. Consecuencias. Conducta

D) Intervinientes.

1) EL MATÓN

- pretende pasarlo bien / incordiar / intimidar / aplastar / hundir a cualquier persona que perciba como amenaza del tipo que sea
- va a la misma clase que la víctima y son algo mayores que ella

Características

- violencia
- baja autoestima
- rendimiento escolar bajo
- mentiras constantes
- pequeños robos
- suelen creerse las víctimas
- impulsividad
- falta de empatía
- no soporta la frustración
- mala conducta desde muy pequeños

Futuro

- vandalismo
- consumo de drogas
- delincuencia

InEs. Consecuencias. Conducta

2) LA VÍCTIMA

Características

- falta de HH.SS.: no saben cómo actuar ante situaciones problemáticas
 - estatus sociométrico bajo/negativo: no tienen amigos
 - autoestima muy baja,
 - no dice lo que le sucede
- rasguños: caídas
 - robos: pérdidas
 - si lloran: no dicen la razón

todos los compañeros lo saben y se callan, la víctima la que más para no ser 'chivato'

- es victimizado por:
 - discapacidad
 - miembro de minoría (cultural, étnica, racial, religiosa, etc.),
 - aspecto físico (gafas, debilidad física, sobrepeso)
 - situación familiar
 - orientación sexual / identidad de género
 - etc.

InEs. Consecuencias. Conducta

Género

acoso: ♂ más acosados que las ♀ // ciberacoso: 2/3 ♀

Inicio

acoso: 9 ½ años // ciberacoso: 12 años

Estrategias

- pedir ayuda o buscar soluciones MEJOR
- gestión interna: ocultar el problema, pensar en otra cosa, ya mejorará
- re-evaluadora: ver la situación de otra manera, de forma positiva, con humor
- evitación: huir o, en el ciberacoso, apagar el móvil/ordenador
- enfrentamiento: resignación, buscar ayuda farmacológica PEOR

InEs. Consecuencias. Conducta

Secuelas

- somatizaciones:
 - bulimia/anorexia, dolor de estómago, enuresis, pesadillas nocturnas, tartamudez

- rendimiento muy bajo, incomunicación y fobia escolar

- ansiedad, depresión, autolesiones e ideas de suicidio y suicidio

- posible: la víctima se convierte en acosador futuro, o en ciberacosador anónimo para vengarse de sus acosadores.

InEs. Consecuencias. Conducta

3) LOS MIRONES

Tipos

- reforzadores del matón: instigadores, seguidores-matones
- asistentes del matón: no instigan, pero refuerzan riéndole la gracia
- testigos: pasivos, actitudes muy diversas:
 - vergüenza
 - miedo a que les pase a ellos
 - regodeo con la víctima porque les resulta antipática
- defensores de la víctima:
 - activos: ayudan a la víctima
 - pasivos: no se ven capaces de hacer algo y se apartan

Género

👤: acosador y reforzador/asistente del acosador // 🧑: testigo y defensor

InEs. Consecuencias. Conducta

Estatus Sociométrico (rol x género), el SS de:

- víctimas: negativo, muy poco aceptadas y muy rechazadas
- matones (♂) y de las reforzadoras y asistentes (♀): negativo, se ven como populares
- matonas (♀): más rechazadas y más aceptadas que la media
- reforzadores (♂): positivo, aceptados y poco rechazados, populares
- asistentes (♂): medio en rechazo y aceptación
- defensores (♂ y ♀): positivo, muy aceptados y muy poco rechazados (es el **más alto**)
- testigos (♂ y ♀): inferior a la media en aceptación y rechazo, son ignorados

InEs. Consecuencias. Conducta

4) EL PROFESOR

- conductas MÁS problemáticas:
 - conducta disruptiva
 - falta de respeto / agresión al profesor
- conductas MENOS problemáticas:
 - agresiones entre alumnos

Causas

- IMPORTANTES del acoso, están en:
 - víctima: personalidad, características físicas, falta de amigos, tipo de familia
 - matón: familia, contexto social, personalidad
- de ESCASA importancia: clima del centro y a su organización

Otras creencias

- agresión social: no es acoso
- agresión psicológica/social afecta menos que la física
- víctima: puede resolver por sí sola la situación
- no importa la desproporción de poder entre matón y víctima

el problema ¿es el profesor?

InEs. Consecuencias. Conducta

5) LA FAMILIA

➤ Del matón, influencia:

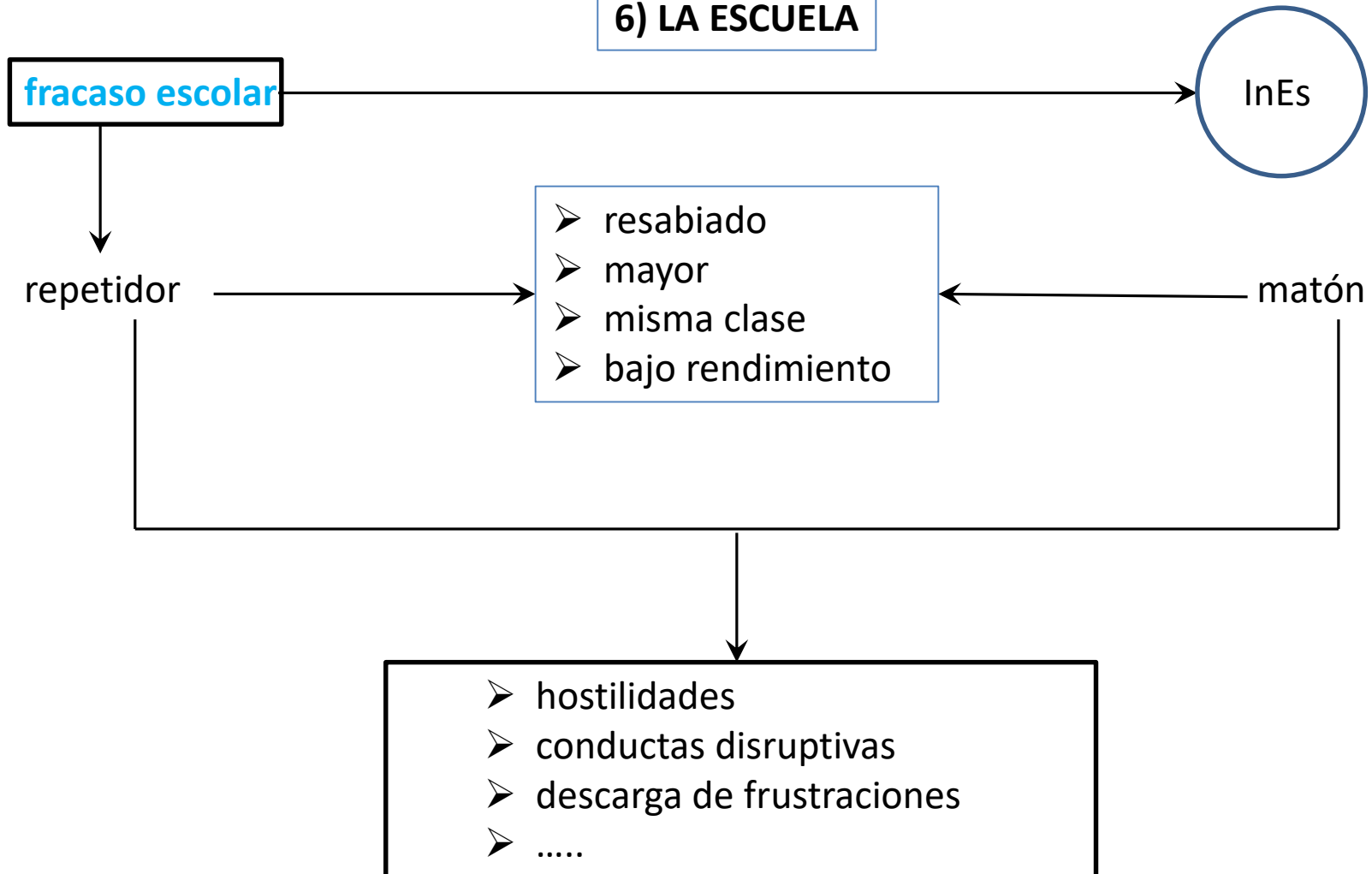
- directa: conflicto familiar y/o tolerancia hacia la mala conducta del hijo
- indirecta:
 - falta de valores
 - problemas de comunicación
 - control inoperante
 - pautas de crianza muy permisivas o muy autoritarias

➤ De la víctima:

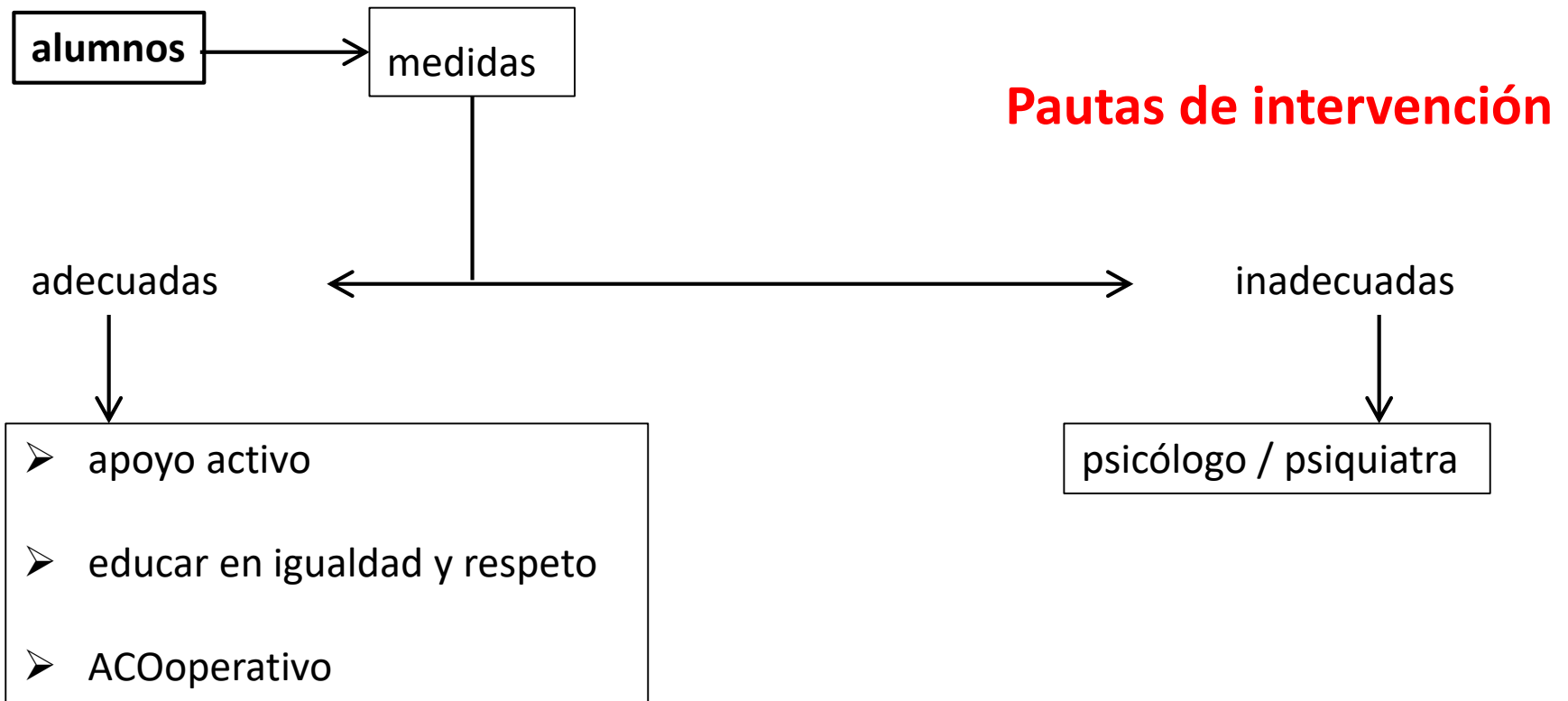
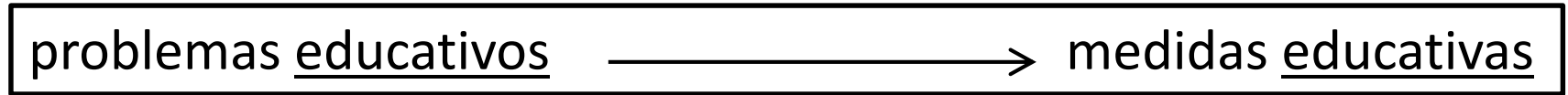
- familia muy protectora: no permite resolver los problemas por sí mismo (al hijo)
- desestructuración familiar
- padres muy autoritarios o muy permisivos

InEs. Consecuencias. Conducta

6) LA ESCUELA

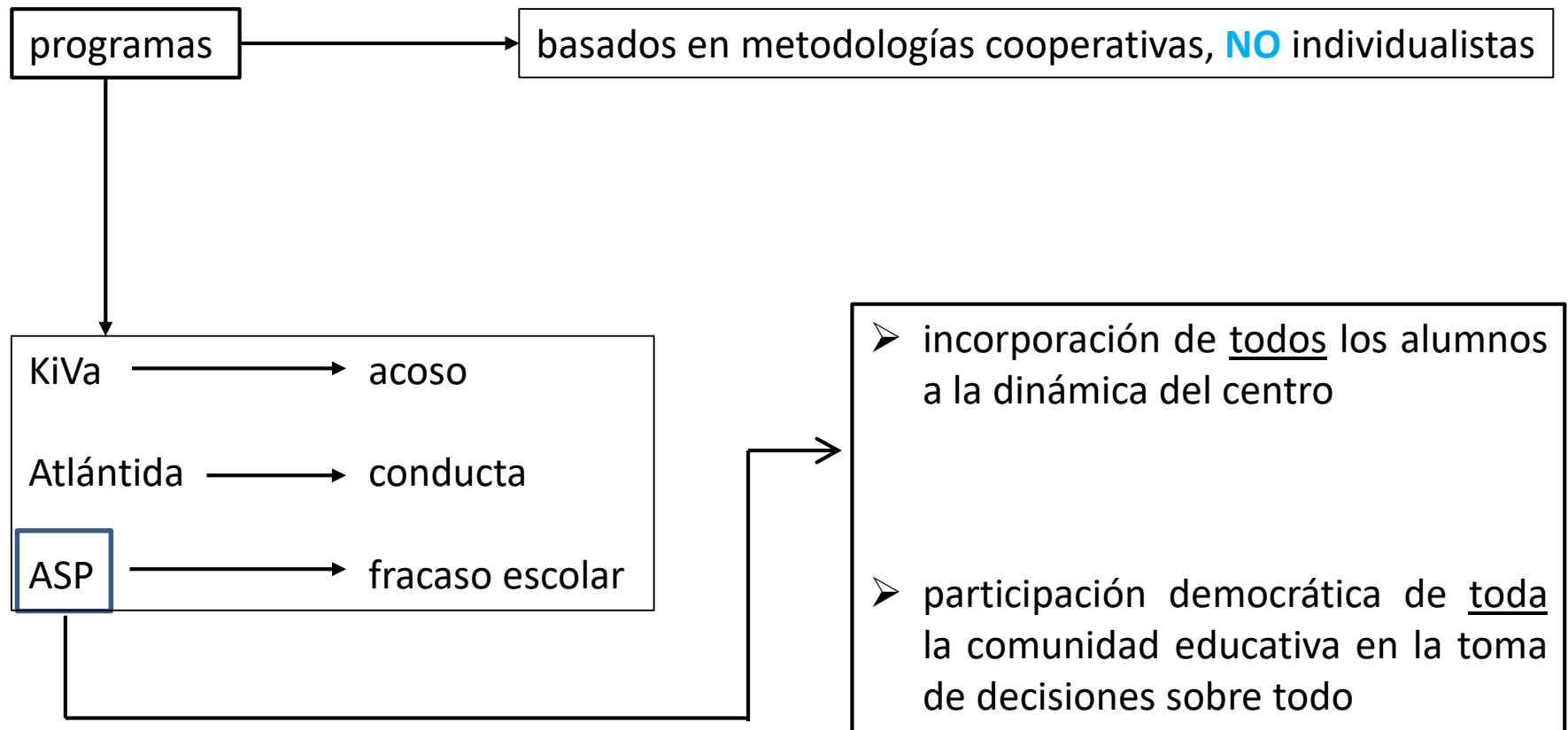


InEs. Pautas de intervención



InEs. Pautas de intervención

intervención holística y sistémica



InEs. Pautas de intervención

Defensor del Pueblo, recomendaciones

- importancia del clima del centro y de su organización
- formación inicial y permanente del profesorado
- inclusión de las familias y alumnos en el proceso de enseñanza/aprendizaje y en los centros
- planificación del proceso de enseñanza/aprendizaje de forma global y a largo plazo
- participación de los alumnos en la elaboración del RRI
- metodología cooperativa/participativa
- enseñanza de y en valores

InEs. Pautas de intervención. ACO

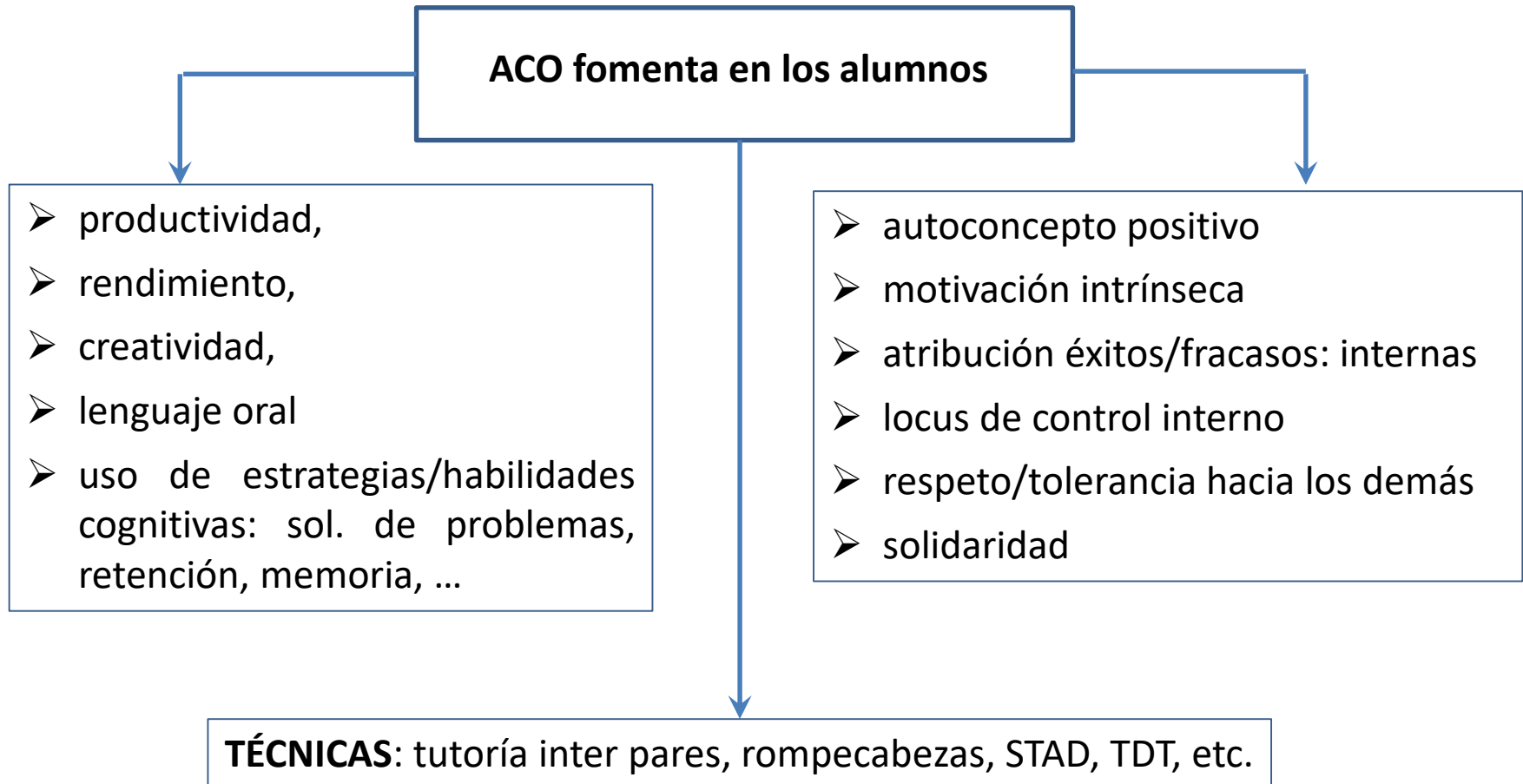
Organización del aprendizaje. Metodología.

- individualista: *tú a lo tuyo que para ti harás*
- competitiva: **yo consigo** mis objetivos si mis compañeros **no** los consiguen
- cooperativa: **yo consigo** mis objetivos si mis compañeros **sí** los obtienen

aprendizaje tradicional: se basa en la **cantidad** y **calidad** de los conocimientos del **profesor**

aprendizaje cooperativo: se basa en la actividad del **alumno** en interacción con sus **compañeros**

InEs. Pautas de intervención. ACO

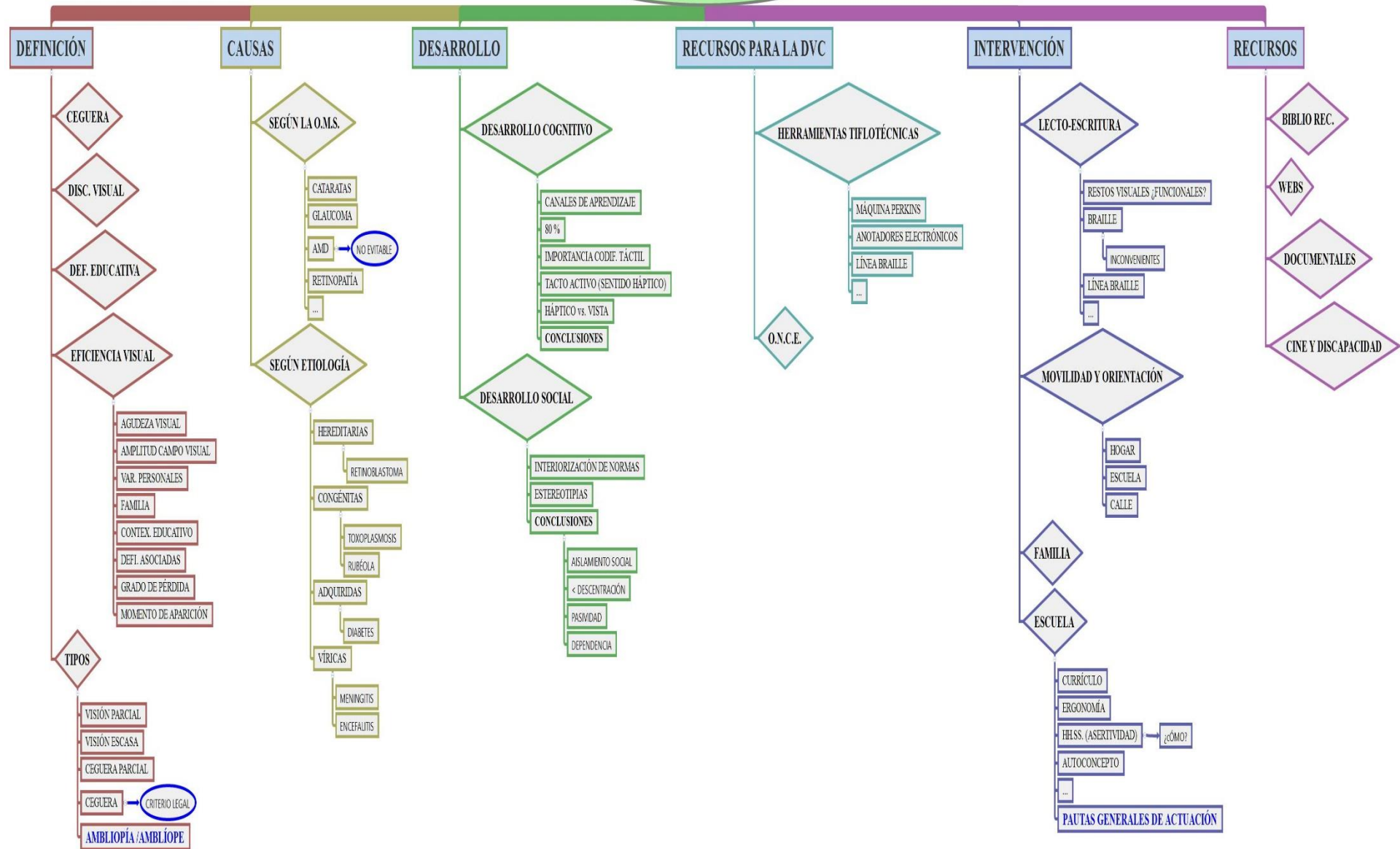


C-04

Discapacidades físicas. Problemas de desarrollo y aprendizaje

T-04a. Discapacidad visual: problemas de desarrollo y aprendizaje en EP.

Discapacidad Visual y Ceguera (DVC)



DVC. Definición

- ONCE, ceguera: personas que no ven nada en absoluto o solamente tienen una ligera percepción de luz (pueden ser capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos)
- personas con DV: personas que con la mejor corrección posible podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta.
- OMS, ceguera: es la incapacidad de ver.
- punto de vista **educativo**: interesa saber si el alumno DVC ve o no ve, y en caso de que tenga restos visuales, saber para qué le sirven, cómo el alumno utiliza la visión de que dispone (su visión funcional)

DVC. Eficiencia visual

DEPENDEN de

- a) la **agudeza** visual: forma en que una persona puede ver un objeto a distancias diferentes, “el grado de aptitud del ojo para percibir los detalles espaciales” (ONCE), (evaluación → optometrista)
- b) la **amplitud** del campo visual (visión periférica)
horizontal = 140° , vertical = 110°
- c) variables **personales**, variabilidad ínter sujetos: muy grande
diferencias significativas en el uso de la visión funcional en personas con la misma problemática física
- d) **ambiente** familiar, contexto educativo
- e) deficiencias **asociadas**
- f) **grado** de pérdida y **momento** de aparición

OMS destaca: **cataratas**, excepto en los países desarrollados

otras {
glaucoma,
degeneración macular relacionada con la edad
opacidades corneales
retinopatía diabética
ceguera infantil (deficiencia de vitamina A)
...

aumenta cada vez más {
ceguera relacionada con la **edad**
ceguera debida a la **diabetes** no controlada

DVC. Etiología

- hereditarias
 - retinitis pigmentaria
 - retinoblastoma (tumor maligno de retina),
- congénitas
 - toxoplasmosis y rubéola (causas prenatales)
- adquiridas
 - diabetes (postnatal) que produce retinopatía diabética
- víricas
 - meningitis y encefalitis (postnatales): ceguera (y sordera, y ...).

DVC. Desarrollo cognitivo (1)

PREMISAS

1. los tres canales primarios de aprendizaje son el visual, el táctil (o háptico) y el auditivo,
2. que, para usar eficazmente la información sensorial, la persona debe:
 - darse cuenta y prestar atención a los estímulos,
 - identificar y reconocer los estímulos,
 - comprender el significado de los estímulos,
 - evaluar e interpretar el significado de los estímulos, y
 - analizar y sintetizar la nueva información, y que
3. el 80% de la información se recibe por la vista: integra toda la información sensorial

DVC. Desarrollo cognitivo (2)

TACTO

DIFERENCIAS entre tacto y vista:

1) tacto: secuencial (va de las partes al todo)

2) vista: global, de un ‘golpe’ de vista se percibe el objeto

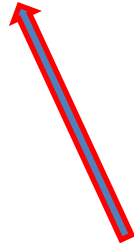
3) otras :

- **tacto:** actúa sobre lo que se encuentra al alcance de los brazos, **vista:** todo
- **tacto:** percibe aspectos que la vista no puede:
 - temperatura y textura (ciego-textura = vidente-color)

DVC. Desarrollo cognitivo (3)

TACTO

- tacto pasivo, la información que nos suministra la recibimos de forma no intencional, pasiva, (p.e., la sensación que produce la ropa en nuestra piel), y
- tacto activo (**háptico**): la información que suministra es buscada intencionalmente por la persona.



DVC. Desarrollo social

DVC **puede** ocasionar

- **aislamiento** social, por la reducida capacidad que posee para iniciar acciones, que puede generar
 - autoconcepto bajo
 - problemas en la construcción de la autoimagen
 - locus de control externo
 - motivación tendente a huir del fracaso,
- baja capacidad de **descentración**: dificultades para comprender los puntos de vista de los demás
- **pasividad y dependencia**

catálogo tiflotécnico de la ONCE

DVC. Intervención (1)

Lecto-escritura

➤ ¿los restos visuales que posee son funcionales para la lectura ‘normal’?

➤ niño ciego: la lectura debe iniciarse en Braille

➤ el tacto (**sentido háptico**) actúa de forma secuencial:

gran carga en la memoria de trabajo que hace que la velocidad lectora sea:

- niño ciego: 100-150 p/m
- niño videntes: 300 p/m



DVC. Intervención (2)

Movilidad y Orientación (autonomía)

- hogar
- colegio
 - bastón
 - mapas táctiles
 - perros-guía
 - ayudas electrónicas
 - etc.
- calle

Familia

desde la escuela: ofrecer apoyo para tratar/entender/educar a los hijos, evitando convertir el hogar en una sucursal de la escuela.

DVC. Intervención (3)

Escuela

educación: responsable de planificar e implementar el currículum escolar

educación especial: responsable de proporcionar el apoyo preciso para mantener al niño con DVC en el aula ordinaria

el maestro debe intervenir sobre

- necesidades curriculares relacionadas con el currículum educativo ordinario
- necesidades socio-emocionales: problemas escolares, inter pares, autoconcepto, actitudes
- evaluación de libros de texto, de aparatos, ...
- necesidades físico/ambientales: barreras arquitectónicas, iluminación, ergonomía
- educación vocacional, física, utilización del ocio

IMPORTANTE: enseñanza intencional de HH. Sociales (asertividad, entre otras)
(mediante ACO)

DVC. Intervención (4)

Pautas generales de actuación

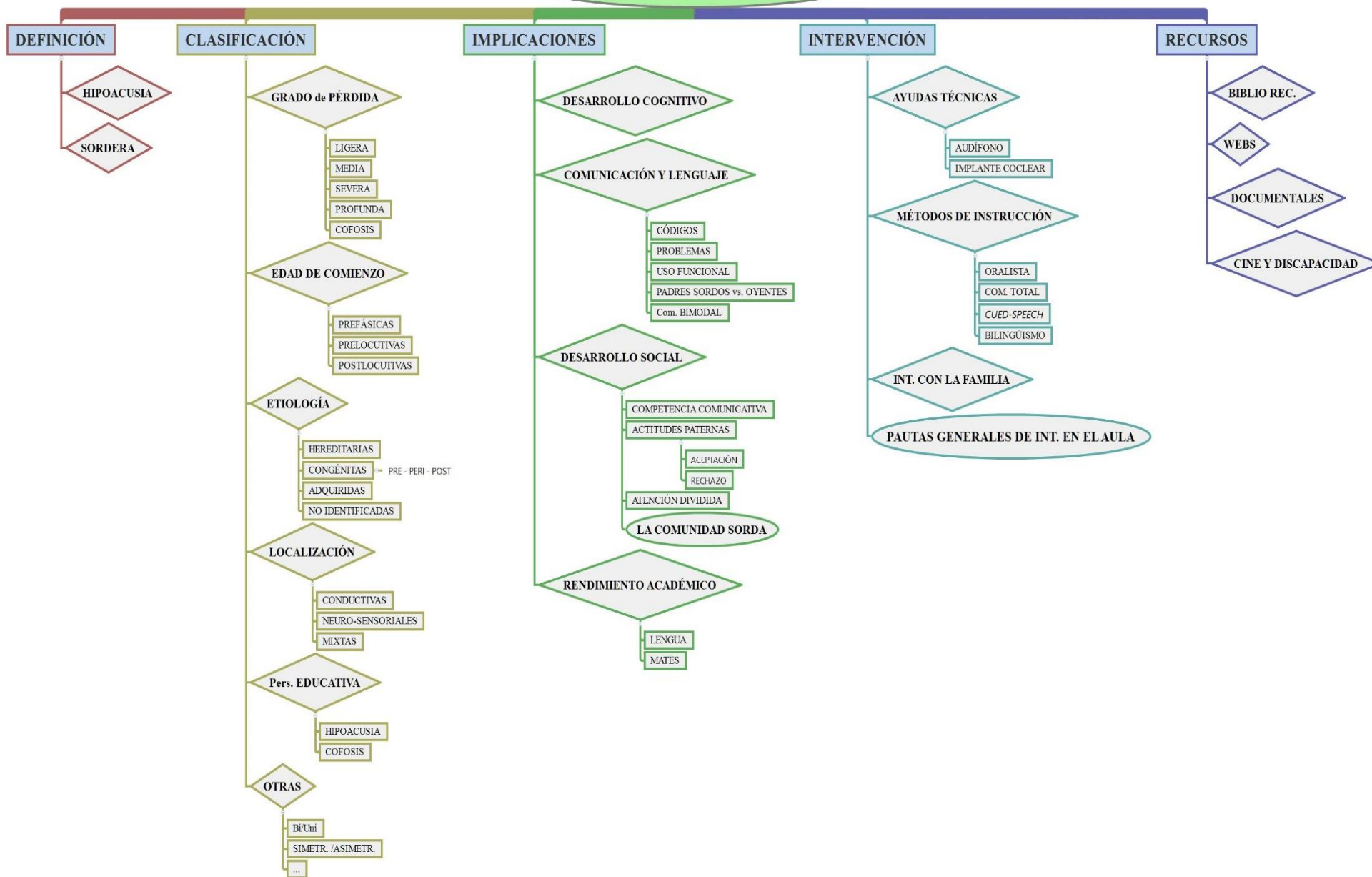
- relación familia-escuela constante, positiva y decidida
- naturalidad en el trato con el niño, como a cualquier otro niño de la clase
- evitar la sobreprotección (también en casa)
- enseñar:
 - el espacio de su entorno: aula, mesa, ...
 - hábitos y autonomía personal
- enseñanza multisensorial (con todos los sentidos)
- lenguaje explícito, claridad en las exposiciones
- prestar solo la ayuda necesaria
- propiciar una comunicación y relaciones sociales adecuadas
- favorecer la participación del niño DVC (y de todos) en la clase
- estimularle para que se mueva por el aula y por el centro para obtener ...
- permitirle el uso del material adaptado en clase
- y, **sentido común.**

C-05

DAS. Discapacidad Auditiva y Sordera.

T-04b. Discapacidad auditiva: Problemas de desarrollo y aprendizaje en EP.

Discapacidad Auditiva y Sordera (DAS)



1. DEFINICIÓN.

pérdida parcial/total de la capacidad de percibir el sonido.

Parcial: **hipoacusia**

acceso al lenguaje oral (\pm).

Total: **anacusia, cofosis o sordera.**

graves problemas en la adquisición/uso del lenguaje oral,

2. CLASIFICACIÓN.

A) Grado de pérdida auditiva.

[Ej.: Pérdida de 60 dBs: hay que aumentar la intensidad del sonido hasta ese punto para que el individuo tenga la sensación de que empieza a oír.]

A-1) Parámetros a considerar:

Intensidad (volumen): entre 0-25 y 110-120 decibelios (dBs)

- conversación normal: 60 dBs
- tráfico en hora punta: 80 dBs,
- avión despegando: 140 dBs

Frecuencia [tono (grave-agudo)]: entre 20 y 20.000 hertzios

- habla normal: entre 500 y 2.000 Hz
- coro-soprano (aguda): entre 260 y 440 Hz
- coro-bajo (grave): entre 40 y 130 Hz.
- perro: hasta 40.000 Hz
- murciélago: hasta 160.000 Hz

2. CLASIFICACIÓN.

A) Grado de pérdida auditiva.

A-2) Tipos:

ligera: pérdida < 40 dBs,

media: $40 < \text{pérdida} < 70$ dBs.

severa: $70 < \text{pérdida} < 90$ dBs.

profunda: solo se perciben ruidos muy fuertes.

cofósis: pérdida de audición total.

.

2. CLASIFICACIÓN.

A) Grado de pérdida auditiva.

A-3) Otros tipos:

30 % de pérdida: el sujeto oye la voz cuchicheada a 1 m de distancia.

45 % de pérdida: el sujeto oye la voz cuchicheada a 50 cm. de distancia

65 % de pérdida: el sujeto oye la voz cuchicheada al contacto

.

2. CLASIFICACIÓN.

B) Edad de comienzo.

sorderas **prefásicas**, antes del primer año de vida,

sorderas **prelocutivas** antes de haber aprendido a hablar, y

sorderas **postlocutivas**, después de haber aprendido a hablar.

2. CLASIFICACIÓN.

B) Edad de comienzo.

Consecuencias

- sordo < 1er año de vida: deben aprender un lenguaje nuevo
- 2 < sordo < 3 años: mayores experiencias con el sonido, intentar conseguir un sistema lingüístico estructurado.
- 3 años < sordo, intentar mantener/enriquecer el lenguaje oral

2. CLASIFICACIÓN.

B) Etiología.

- **Hereditarias (30%):** < probabilidad (que en adquiridas) de trastorno asociado
- **Congénitas**, determinan la pérdida de audición en el momento del nacimiento o poco después (es difícil detectarla antes de los 6 meses), puede ser heredada (genética) o adquirida.
- **Adquiridas (30- 50 %)**, las causas pueden ser:
 - PREnatales, enfermedades contraídas por la madre: rubéola, sarampión,
 - PERInatales: prematuridad, ictericia, traumatismos, hipoxia/anoxia).
 - POSTnatales: medicamentos, otitis, paperas, ..., meningitis cerebroespinal
- **No identificadas (20-30%):** factores familiares, hereditarios, no descubiertos (?)

2. CLASIFICACIÓN.

C) Localización.

Conductivas: lesión oído externo/medio, afectado el sistema mecánico,

oído externo

causa: malformaciones congénitas del pabellón y del conducto auditivo,
tapones de cera u objetos extraños en el conducto auditivo

solución: medios quirúrgicos.

oído medio

causa: infecciones en la trompa de Eustaquio, perforación del tímpano

PÉRDIDAS: afectan a la intensidad del sonido (en dBs) pero no al tono (frecuencia).

2. CLASIFICACIÓN.

C) Localización.

Neuro-sensoriales

causa:

problemas oído interno/cóclea/nervio auditivo

zonas auditivas del cerebro

El oído está gravemente dañado y no puede hacerse casi nada quirúrgicamente.

PÉRDIDAS: afectan a la intensidad y al tono del sonido.

2. CLASIFICACIÓN.

D) Perspectiva educativa.

Distinguir entre: audición funcional y no funcional

Personas hipoacúsicas:

restos auditivos funcionales,

prótesis,

lenguaje oral: adquisición por vía auditiva

Personas cofóticas:

pérdida total, o restos no funcionales (ni con prótesis)

lenguaje oral: adquisición por vía visual (sordos de nacimiento).

3. IMPLICACIONES.

A) Desarrollo cognitivo.

- la sordera por sí misma, no es una variable determinante para el desarrollo cognitivo
- el nivel de desarrollo cognitivo del chico sordo es igual que el del chico oyente aunque es posible que lo adquiriera más lentamente por las limitaciones que presenta, fundamentalmente, con respecto al juego simbólico y al lenguaje.

3. IMPLICACIONES.

B) Comunicación y lenguaje (1).

Puede ser:

adquirir y utilizar el lenguaje oral adecuadamente
adquirir otro sistema lingüístico: lenguaje de signos.

- códigos lingüísticos: visual, fonético, dactílico, semántico y signado
- elección de uno u otro, depende de:
 - modo cómo se presenta la información: palabra, dibujo, signos, ..
 - existencia de un lenguaje interiorizado oral o signado

códigos principales: fonológico y signado (y para ambos el semántico), son + rápidos que los códigos visual y dactílico.

3. IMPLICACIONES.

B) Comunicación y lenguaje (2).

La inteligibilidad de la expresión oral (**uso funcional**) depende:

- edad en que apareció la sordera,
- existencia o no de lenguaje oral anterior a la pérdida,
- grado de pérdida auditiva,
- método de comunicación que utiliza el individuo:
- solo lenguaje oral,
- solo lenguaje de signos,
- lenguaje de signos y lenguaje oral al mismo tiempo-, y
- presencia de algún otro tipo de discapacidad

3. IMPLICACIONES.

B) Comunicación y lenguaje (3).

forma de comunicación, dependerá del ambiente lingüístico del niño sordo:

- Niños sordos, padres sordos: adquisición natural del lenguaje de signos = el niño oyente adquiere el lenguaje oral. Los padres entienden perfectamente la situación del hijo y aceptan la problemática.

- Niños sordos, padres oyentes.
 - padres: suelen utilizar solo comunicación oral con sus hijos sordos, algunos padres aprenden algún sistema de comunicación manual
 - hijo sordo: se enfrenta a un lenguaje auditivo y visual: bimodal que consiste en el uso, al mismo tiempo, de signos y lenguaje oral.

3. IMPLICACIONES.

B) Comunicación y lenguaje (4).

95% sordos: padres oyentes,
80% de las sorderas infantiles: congénitas,
40% niños sordos severos/profundos: implante coclear.

la **evolución lingüística** de los niños sordos con comunicación bimodal:

- es más satisfactoria que la de los niños sordos que emplean comunicación oral exclusivamente
- es menos satisfactoria que la de los niños sordos con padres sordos y que la de los niños oyentes.
- sordos profundos con lenguaje de signos > rendimiento en inteligencia, nivel general de comprensión lingüística, vocabulario y lectura labial que los niños sordos con educación más temprana en lenguaje oral y que no han aprendido el lenguaje de signos desde pequeños

3. IMPLICACIONES.

C) Desarrollo social.

Competencia social: determinada por la:

- competencia comunicativa: más limitada (que la de los oyentes) en: comprender las emociones, comprender los puntos de vista de los demás (problema de *descentración*), interiorización de normas sociales, dificultades resolución de problemas y atribución de causas y efectos.
- actitud que los padres frente a la sordera del hijo:

negación de la sordera: los padres piensan que la sordera es curable (¿?) y no es necesario que el hijo sordo, ni los padres, aprenda ‘signos’

aceptación: los padres aceptan la sordera del chico, posible sobreprotección

3. IMPLICACIONES.

La Comunidad Sorda

Rendimiento académico

LECTURA:

- adolescentes sordos: media en lectura ~ chicos oyentes a los 8 o 9 años de edad
- dificultades en lectura: relacionadas con el déficit lingüístico y con la ausencia de conocimientos previos sobre el material de lectura,
- lectura: tiempo de corrección.
- chicos sordos con lengua de signos: mejor lectura
- los chicos sordos que alcanzan mejores resultados en lectura son aquellos que tienen un buen lenguaje oral y/o tienen padres sordos

MATES:

adolescentes sordos ~ chicos oyentes de 13 años.

4. INTERVENCIÓN.

A) Ayudas técnicas:

B) Implante coclear:

- transforma el sonido en energía eléctrica y esta actúa sobre el nervio auditivo
- implantar en los 3 primeros años de vida (cuanto antes mejor)
- las personas cuyo nervio auditivo no es funcional no pueden beneficiarse del implante.

4. INTERVENCIÓN.

B) Métodos de instrucción.

- **Oralista**, se aprovechan los restos auditivos de los niños al máximo, no se permite a los niños emplear ningún tipo de signo manual. Es el método que se emplea con los niños que llevan un implante coclear.
- **Comunicación total**. Intenta que el niño sordo se comuniqué como sea, de la forma que le resulte más fácil: signos y lenguaje oral.
- **Palabra complementada** (cued-speech). Consiste en complementar la lectura labial con gestos efectuados con la mano, posibilita la percepción del habla por medio de la vista. Este método se justifica por el fracaso del oralismo y la necesidad e insuficiencia de la lectura labiofacial
- **Bilingüismo**. El sordo aprende la lengua de signos como 1ª lengua (materna), la lengua oral como 2ª lengua: desarrollo lingüístico semejante al de los oyentes

4. INTERVENCIÓN.

C) Pautas de intervención (Castanedo).

1) Consideraciones instruccionales:

- Hable con frases completas. No sobrearticule o hable +alto o +bajo, ni +despacio de lo normal.
- Verificar la comprensión: pida al alumno que repita lo que ha explicado.
- Asigne un compañero oyente para asegurarse de que el alumno con déficits auditivos recibe las asignaciones que son presentadas oralmente.
- Alterne actividades verbales con actividades motoras: disminuye la fatiga visual que origina la lectura labial o la atención prestada al intérprete.

4. INTERVENCIÓN.

C) Pautas de intervención.

2) Consideraciones sociales:

- Explique la pérdida auditiva a los alumnos de la clase, demostraciones con los aparatos auditivos, la lectura labial ...
- alumno con DAS: mismas responsabilidades, mismos privilegios que los demás
- Motive a realizar pequeños proyectos en los que el alumno con DAS trabaje en pequeño grupo con compañeros oyentes.

4. INTERVENCIÓN.

C) Pautas de intervención.

3) Organización física:

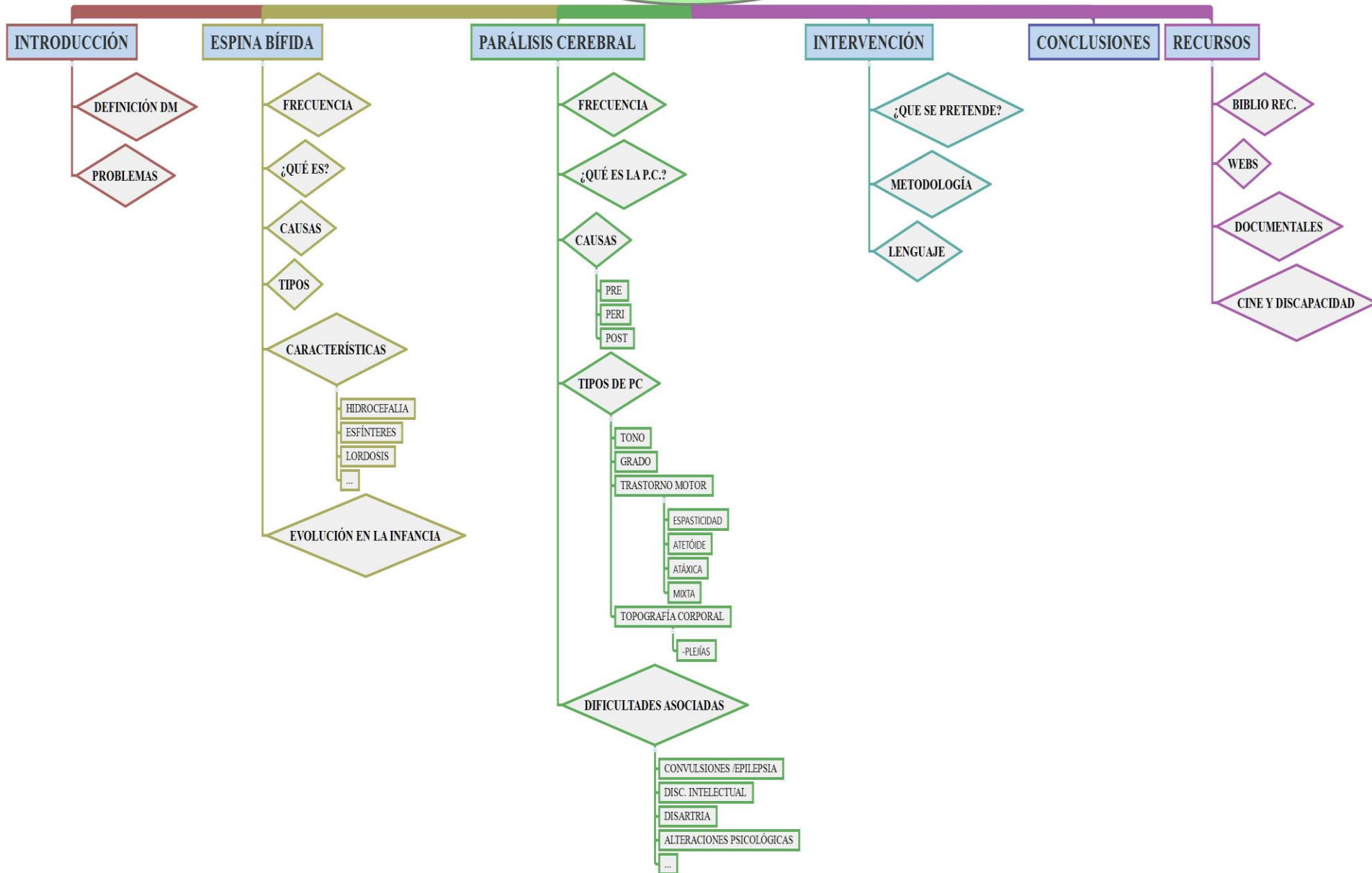
- Permita: que el alumno elija su pupitre (\pm), que sordo+intérprete se sienten juntos.
- Permita: que el alumno se mueva libremente alrededor del aula como respuesta a diferentes situaciones comunicativas.
- Cuando hable, no vuelva la espalda a la clase. No se mueva de lugar cuando comunique verbalmente.
- No lleve excesivo maquillaje que interfiera con la lectura labial.
- Asegúrese de que la luz no coloca la cara del que habla en la sombra.

C-06

DM. Discapacidad Motórica

T-04c. Discapacidad motora: Problemas de desarrollo y aprendizaje en EP.

Discapacidad Motora (DM)



DM: una persona con DM es aquella que no tiene un control completo sobre su cuerpo.

TIPOS:

- lesión medular traumática
- parálisis cerebral
- secuelas de la poliomielitis
- espina bífida
- tuberculosis ósea
- distrofia muscular progresiva
- malformaciones congénitas (efectos de la talidomida)
- etc.....

1. Espina bífida (EB).

defecto congénito de la morfología del tubo neural, no termina de cerrarse y deja parte de la medula al exterior, recubierto o no de piel, es detectable en el embarazo.

CAUSAS: indicios de origen genético (?)

PREVENCIÓN: tomar ácido fólico antes del embarazo

(desde que se toma la decisión de quedarse embarazada) y durante los tres primeros meses.

FRECUENCIA:

- 1985: 4.73/10.000
- 2002: < 1/10.000

TIPOS: dependen de la altura de la lesión, cuanto más cerca de la cabeza: peor pronóstico:

- las más bajas (EB oculta) puede que no den lugar a ningún tipo de deficiencia/DM,
- las más altas pueden llegar a producir tetraplejía y falta de control de esfínteres,
- cerca del 70% de las EB se localizan en la región lumbar, en estos casos hay incontinencia parálisis flácida de las piernas,
- raquisquisis: toda la columna está abierta, esta forma no es compatible con la vida.

PROBLEMAS: movilidad, las piernas, funcionamiento del hígado, falta de sensibilidad por debajo de la lesión, falta de control de esfínteres, lordosis, descalcificación, epilepsia, e

hidrocefalia, que puede originar:

- puntuaciones más bajas en CIM que en CIV,
- déficits motores complejos,
- conservación de las habilidades elementales del lenguaje,
- déficits en la utilización pragmática del discurso (puede darse logorrea)
- déficits en atención, funciones ejecutivas y memoria.

infancia y adolescencia:

- intervenciones quirúrgicas para drenar el LCR (hospitalización)
- especialistas: rehabilitador, traumatólogo, urólogo, neurólogo, ...
- asistencia al colegio problemática: aislamiento, sensación de sentirse diferente, inferior, etc.
- vida centrada en su salud

escuela, retos a superar:

- pañal (en caso de no-control de esfínteres),
- forma de andar, si los compañeros se ríen de ellos lo pasan muy mal

2. Parálisis Cerebral (PC):

- se caracteriza por un trastorno permanente del movimiento y de la postura,
- es consecuencia de una lesión cerebral (en el encéfalo), dicha lesión es permanente y no progresiva,
- pueden aparecer, como consecuencia de la lesión, otras problemáticas,
- no es una enfermedad, no se puede curar.

niño afecto de PC: persona con unos rasgos determinados de los que se derivan toda una serie de necesidades que el adulto (padres, maestros y especialistas) deben resolver lo mejor que se pueda: la rehabilitación física y la educación pueden lograr mejoras sustanciales.

Nunca debe considerársele como un niño enfermo.

CAUSAS

Prenatales: enfermedades infecciosas de la madre (rubéola, sífilis,...), anoxia/hipoxia (falta de oxigenación fetal, hay daño cerebral), incompatibilidad sanguínea, exposición a rayos X, etc.

Postnatales: las lesiones cerebrales en la primera infancia; un niño menor de tres (o cinco) años puede sufrir algún tipo de daño cerebral como consecuencia de alguna infección (meningitis, encefalitis), traumatismos en la cabeza, por ser zarandeado de bebé (síndrome del bebé sacudido), trastornos vasculares, intoxicaciones (por CO₂, plomo, venenos), etc.

Perinatales: anoxia/hipoxia, traumatismos ocurridos durante el parto, prematuridad, bajo peso al nacer (inferior a 1510 gramos), desprendimiento de la placenta, etc.

TIPOS de PC.

criterios: tono, grado, trastorno motor y topografía corporal.

a) Según el **tono muscular**:

- isotónico: normal
- hipertónico: tono aumentado
- hipotónico: tono disminuido
- variable

b) Según el **grado de afectación**:

- grave: no hay casi autonomía
- moderada: hay autonomía con alguna ayuda
- leve: hay autonomía

c) Según el **trastorno motor dominante**:

- Espástica (70-80%): rigidez y dificultades de movilidad, hipertonía, movimientos desmedidos y desordenados. Rigidez: no relajación muscular. La postura característica de la espasticidad es:
 - en piernas: en tijera (cruzadas) y pie equino (de puntillas),
 - en brazos: brazo rotado internamente, muñeca y dedos flexionados, pulgar pegado a la palma de la mano.
- Atetóide: movimientos involuntarios, desorganizados, lentos e incontrolables que afectan manos, pies, brazos o piernas y, a veces, afectan también a los músculos de la cara y la lengua (muecas o babeo), los movimientos se intensifican con el estrés y cesan con el sueño. Puede darse disartria.
- Atáxica: alteraciones en la percepción de la profundidad y en el equilibrio; descoordinación motora fina y gruesa, la marcha es defectuosa (andan con los pies muy separados).
- Mixta: es **la más frecuente**.

d) Según la **topografía corporal**:

- Hemiplejía (-paresia): brazo y pierna del mismo lado del cuerpo
- Diplejía (-paresia): mitad inferior del cuerpo más que la superior
- Cuadriplejía (-paresia): miembros superiores e inferiores
- Paraplejía (-paresia): solo los miembros inferiores
- Monoplejía (-paresia): 1 solo miembro
- Triplejía (-paresia): 3 miembros.

Dificultades asociadas:

- convulsiones/epilepsia: problemas de integración en el aula
- sensoriales: vista (estrabismo, 50% de los casos), oído, perceptivo-motrices, tacto
- psicológicas, la mala adaptación social puede dar lugar :
 - depresión
 - ansiedad
 - autoconcepto bajo
 - motivación tendente a huir del fracaso
 - indefensión aprendida
- problemas de crecimiento, control de esfínteres, babeo, comer y tragar
- conducta: agresividad (auto y hetero), estereotipias (balanceo, torcer los dedos)
- problemas de atención, concentración
- lenguaje: disartria

Dificultades asociadas:

TDI + PC: 50 % de los casos // 40 %: TDI severo // no hay relación directa entre TDI y PC

el desarrollo cognitivo se ve afectado en $>$ o $<$ medida por el tipo de interacciones con el mundo físico y social (no existencia de conductas de exploración), y por sus problemas de lenguaje

Cuando una persona inmersa en una situación desagradable llega a la conclusión de que haga lo que haga no va a salir de ella:

depresión

(indefensión aprendida)

deja de actuar

abulia

pasividad

inhibición

iniciativa nula

miedo hacia lo que pueda venir del exterior

Intervención.

La PC afecta de forma directa al desarrollo de destrezas motoras (caminar, tocar, hablar, escribir), a la forma como los demás, especialmente los pares, se relacionan con la persona afectada de PC, e influye en la forma como esta persona se percibe a sí misma o al entorno, la intervención debe ir encaminada a optimizar estas áreas para lograr la autonomía del sujeto.

- rehabilitación: comunicación, actividades de la vida diaria, desplazamiento,
- habilidades de autoayuda: vestido, alimentación, baño,
- lenguaje: respiración, movimientos de labios, lengua, cara y mandíbula,
- educación: autoimagen, equilibrio, control del cuerpo, esquema corporal.

METODOLOGÍA en la escuela:

- aprendizaje significativo
- partir del nivel de desarrollo del niño, de sus experiencias previas
- aprendizajes funcionales

LENGUAJE: su objetivo es posibilitar la comunicación con el medio

Si el sujeto no tiene habla o no es funcional: sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (que no son incompatibles con el habla natural): tableros de comunicación

Por último:

NO-SUPERMAN

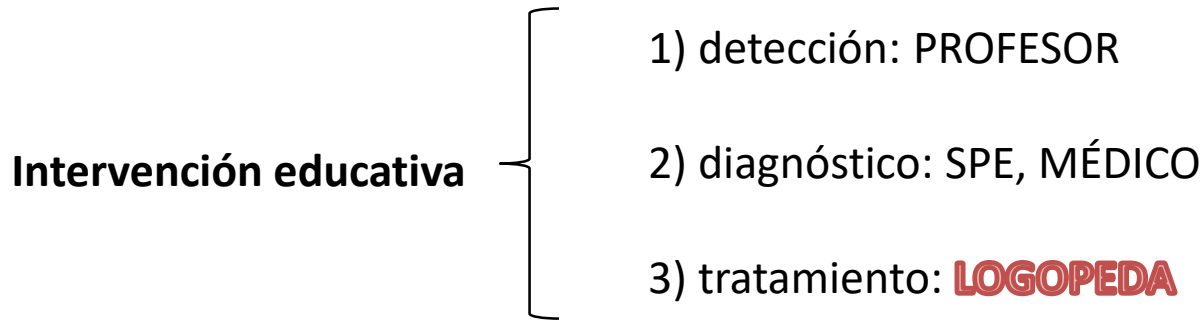
C-07

TC. Trastornos de la Comunicación

T-02a. Dificultades en el desarrollo del lenguaje en EP.

Dislalia: incapacidad para producir uno o varios fonemas de la lengua sin que exista causa orgánica o neurológica que lo justifique.

Disfemia: desorden en la fluidez verbal, producido por la descoordinación de los mecanismos del habla -respiración, fonación, articulación- con frecuencia acompañadas de tensión muscular, ansiedad, fobia a hablar, ...



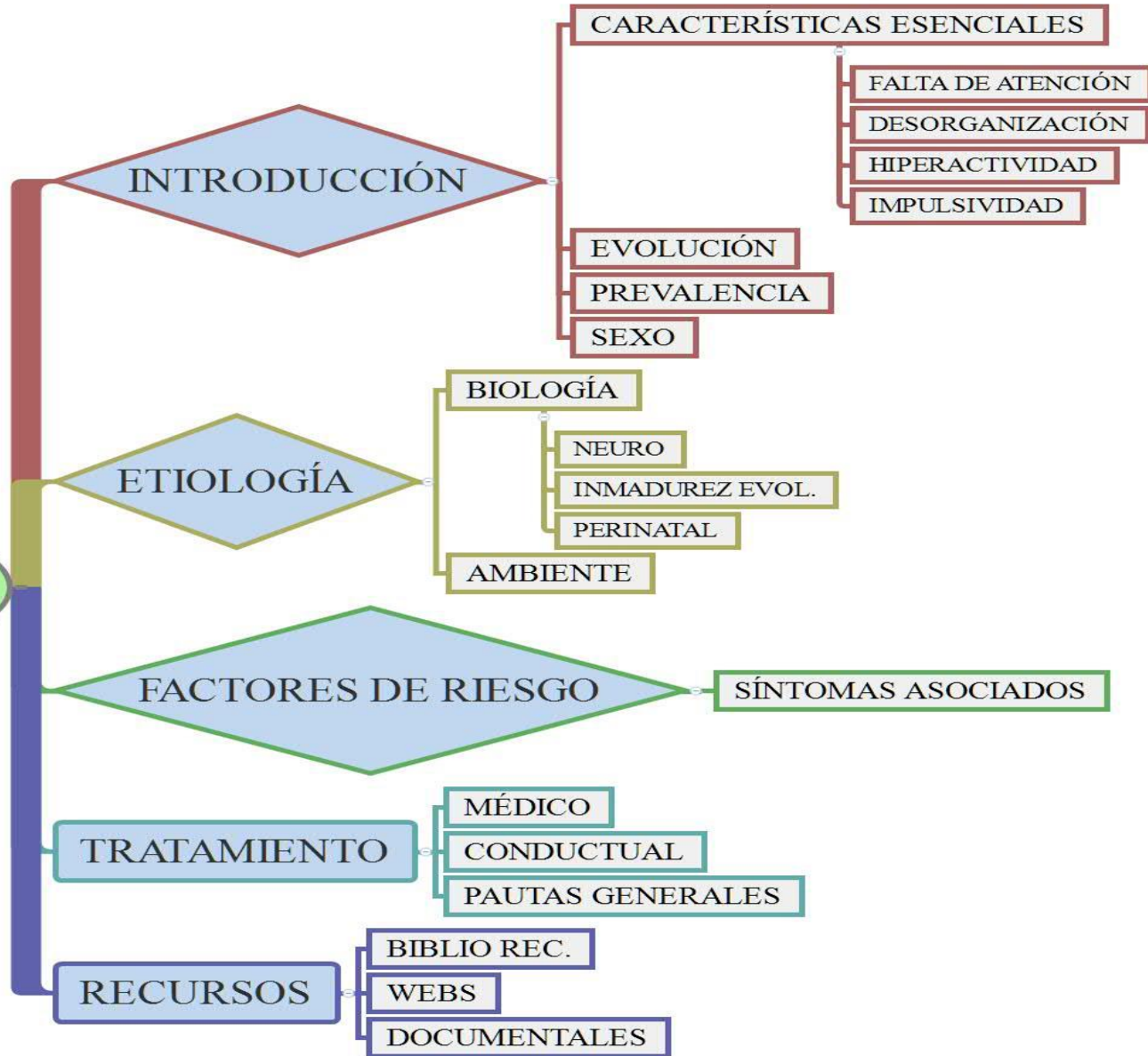
- favorecer la comprensión y la EXPRESIÓN
- mantener actitud favorable ante el problema,
- y, especialmente: **sentido común**
(el menos común de los sentidos)

C-08

TDAH. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Tema 03a: Problemas del comportamiento en EP.

TDAH



características **esenciales**

- falta de atención y desorganización
- hiperactividad-impulsividad

evolución

- infancia
- media infancia
- adolescencia
- adultez

otras

- prevalencia: 5% niños
- > ♂
- ♀ TDA sin H
- Adultez
- voces discordantes: ‘epidemia de diagnósticos’

CAUSAS

biológicas

- a) aspectos neuroanatómicos y neuroquímicos
- b) alteraciones neurológicas
- c) factores perinatales

ambientales

- a) plomo ambiental
- b) alimentación, aditivos, ...
- c) influencias psicosociales:
 - adaptación
 - socioeconómicas
 - stress

FACTORES de riesgo

- desinhibición conductual
- falta de control
- emocionalidad negativa
- búsqueda exagerada de la novedad
- bajo peso al nacer (< de 1.500 gr.)
- tabaquismo durante el embarazo
- abuso infantil
- exposición a alguna neurotoxina (p.e., plomo)
- infecciones (encefalitis)
- exposición al **alcohol** en el útero

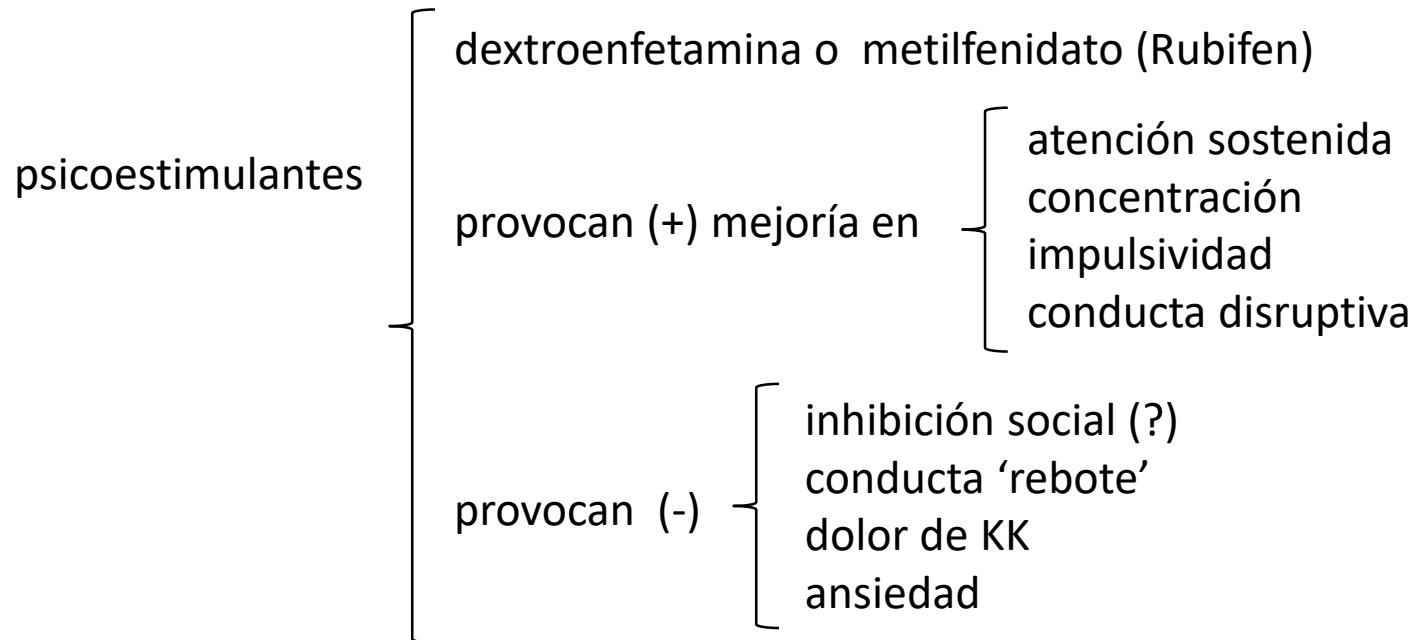
alcoholismo en la madre durante el embarazo: SAF, síntomas:

- deterioro cognitivo
- anomalías en el SNC
- déficits de atención
- activación cerebral débil en tareas cognitivas

SÍNTOMAS asociados

- baja tolerancia a la frustración
- arrebatos emocionales
- autoritarismo
- testarudez
- labilidad emocional
- baja autoestima
- CI algo inferior
- trastorno disocial
- trastorno de la Tourette, ...

TRATAMIENTO **médico**



Consideraciones: supervisión paterna, gravedad, ansiedad, actitudes, ...

TRATAMIENTO **conductual**

Modificación de Conducta

Consideraciones

- viabilidad { generalización
mantenimiento } de los resultados
- ¿quién va a aplicar el tratamiento?

TRATAMIENTO **cognitivo-conductual**

Autocontrol
Autorrecompensas
Autoinstrucciones

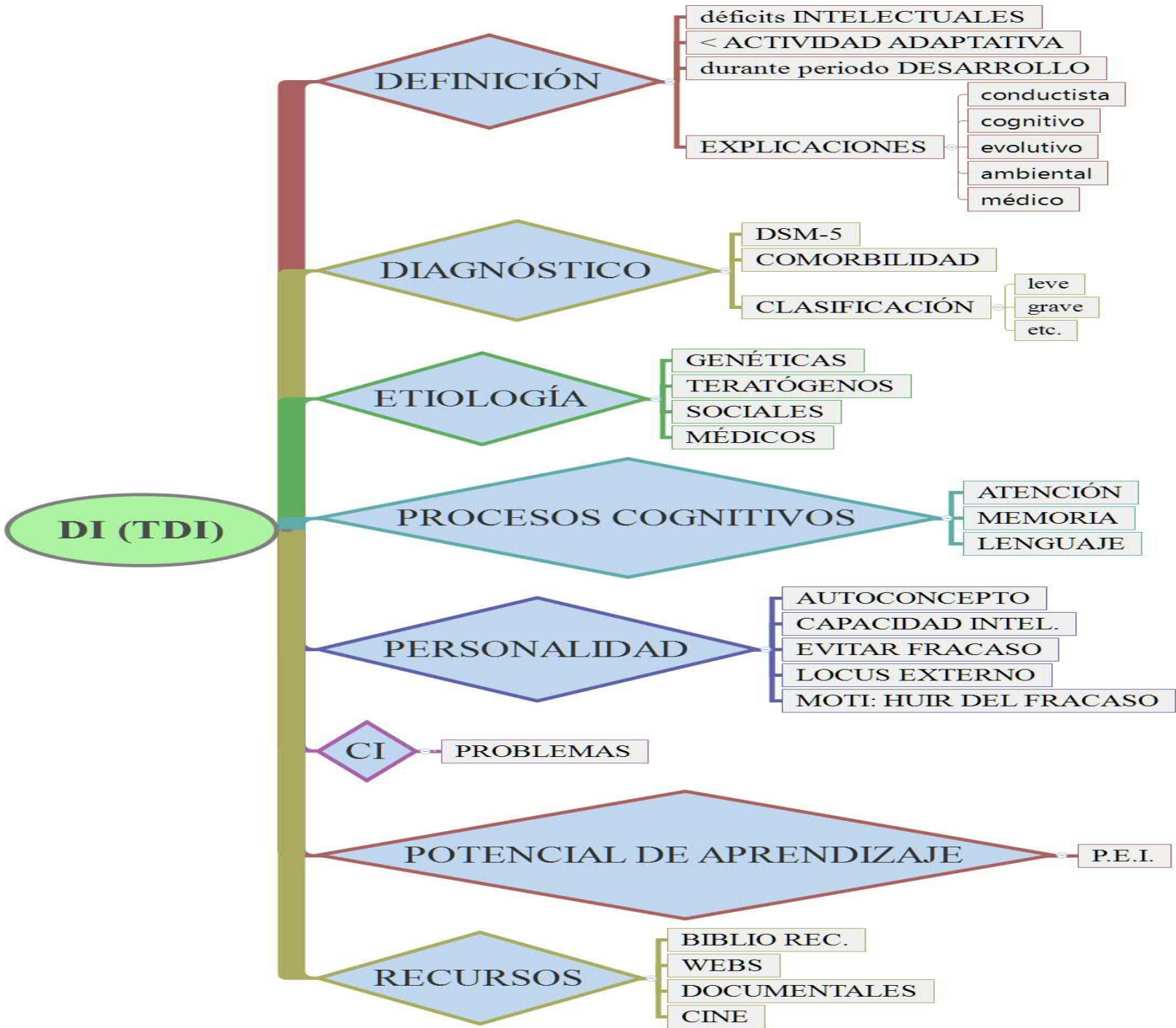
¿**cómo** controlar?

¿**quién** controla?

C-09

DI. Discapacidad intelectual
(Trastornos del desarrollo intelectual)

T-05a. Discapacidad intelectual en EP.



ENFOQUES de estudio

la DI está causada por:

- 1) **Ambiental:** por déficits en la conducta adaptativa
- 2) **Cognitivo:** uso inadecuado de los procesos cognitivos (procesamiento de la información, procesos de autorregulación, metacognición)
Solución: empleo de programas de MC (PEI, Harvard, Bright Star, ...)
- 3) **Conductista:** por un repertorio de conductas es muy limitado
Solución: ‘implantar’ esas conductas en el individuo mediante MC
- 4) **Evolutivo:** desarrollo lento de los sujetos con DI
- 5) **Médico:** por un síndrome, una enfermedad, etc.

DIAGNÓSTICO

DSM-5. Para poder **diagnosticar DI**: cumplir tres (los tres) requisitos:

- a) el/los déficits intelectuales deben ser confirmados mediante evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas (**CI < 70**),
- b) el/los déficits en la conducta **adaptativa** deben ocasionar problemas en la vida personal y social del individuo,
- c) la aparición de estos déficits debe ocurrir durante el periodo de desarrollo (antes de los **18 años**).

Retraso Global del Desarrollo	< 5 años
Discapacidad Intelectual No Especificada	> 5 años

DI leve

Dominio **conceptual**: dificultades en el aprendizaje de escritura, lectura, aritmética, tiempo o dinero, con apoyo: + , -

Dominio **social**: inmadurez, dificultad para percibir las ‘señales sociales’, lenguaje, comunicación y conversación: concretas / inmaduras, dificultades en regular las emociones y el comportamiento, juicio social: inmaduro para su edad (credulidad).

Dominio **práctico**: buen cuidado personal, necesidad de ayuda (poca) con las tareas cotidianas complejas. necesidad de apoyo (+,-) en tareas relacionadas con la organización del ocio. En la edad adulta, normalmente desempeñan trabajos en los que no se necesitan habilidades conceptuales. apoyo para tomar decisiones sobre a) salud b) decisiones judiciales c) para crear una familia.

ETIOLOGÍA

- 40 % de los casos: causas genéticas (Down y X frágil)
- 20 %: teratógenos ambientales y prematuridad
- 1-5 %: enfermedades metabólicas (fenilcetonuria)
- 3-12 %: múltiples causas

> casos **leves**: causa desconocida, se piensa que son factores sociales
en los **demás** casos: causa médica

PROCESOS COGNITIVOS

Atención, problemas en la atención sostenida y selectiva (no en a corto plazo)

Memoria, dificultades en todo: registro sensorial, MCP, MLP: problemas en:

- metamemoria: darse cuenta del control de la memoria, y
- control ejecutivo: la forma de controlar y coordinar diferentes procesos de información.

Lenguaje, velocidad más lenta en su adquisición, problemas en:

- vocabulario
- estructura gramatical
- discriminación auditiva
- longitud de las frases

PERSONALIDAD

- autoconcepto, < en aulas EEE (no es concluyente)
- capacidad intelectual limitada
- motivación y estrategias: evitar el fracaso
- incentivos negativos (no ser castigado), facilitan el aprendizaje
- locus de control externo (indefensión aprendida, +,-)

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Cuando $EM = EC$

//

$$CI = \frac{EM}{EC} \cdot 100 = 1 \cdot 100 = 100$$

características de los tests de CI

- suelen tener dos partes: verbal y manipulativa
- pruebas manipulativas: libres de cultura (?)
- fiabilidad y validez
- validación: muestras representativas de ...
- ...

problemas

- validación
- libres de cultura
- acervo cultural
- creencias sociales dominantes

(?)

PA. POTENCIAL de APRENDIZAJE (es el cómo)

capacidad de un sujeto para sacar provecho de un entrenamiento dirigido a la enseñanza de resolución de problemas + o - complejos en los que en un principio fracasa

evaluación del PA

- 1) analizar la tarea: HH. cognitivas implicadas (exploración, HH. lingüísticas, orientación espacial, comparar, relacionar, ...)
- 2) diseñar 3 versiones de la tarea en cuestión (= nivel de dificultad),
 - A: administrar al alumno una de las versiones **sin** ofrecerle ayuda de ninguna clase; observar las dificultades del niño (¿video?)
 - r: entrenar con otra versión de la tarea, **con** ayuda, observar todos los detalles significativos (¿video?)
 - A': evaluar con la tercera versión, **sin** ayuda
- 3) comparar la ejecución del sujeto entre A y A',
- 4) establecer las conclusiones pertinentes.

FUNDAMENTOS PA

- zonas de desarrollo (Vygotsky) próximo, actual, lejano
- aprendizaje mediado (Feuerstein): figura del mediador

INTERVENCIÓN

P.E.I.
(Feuerstein)

aplicación de instrumentos:

- organización de puntos
- orientación espacial
- comparaciones
- clasificaciones
- relaciones temporales

que desarrollan funciones cognitivas (comparar, clasificar, etc.) que son prerequisites de otros aprendizajes más complejos

ORIENTACIONES GENERALES (la clase)

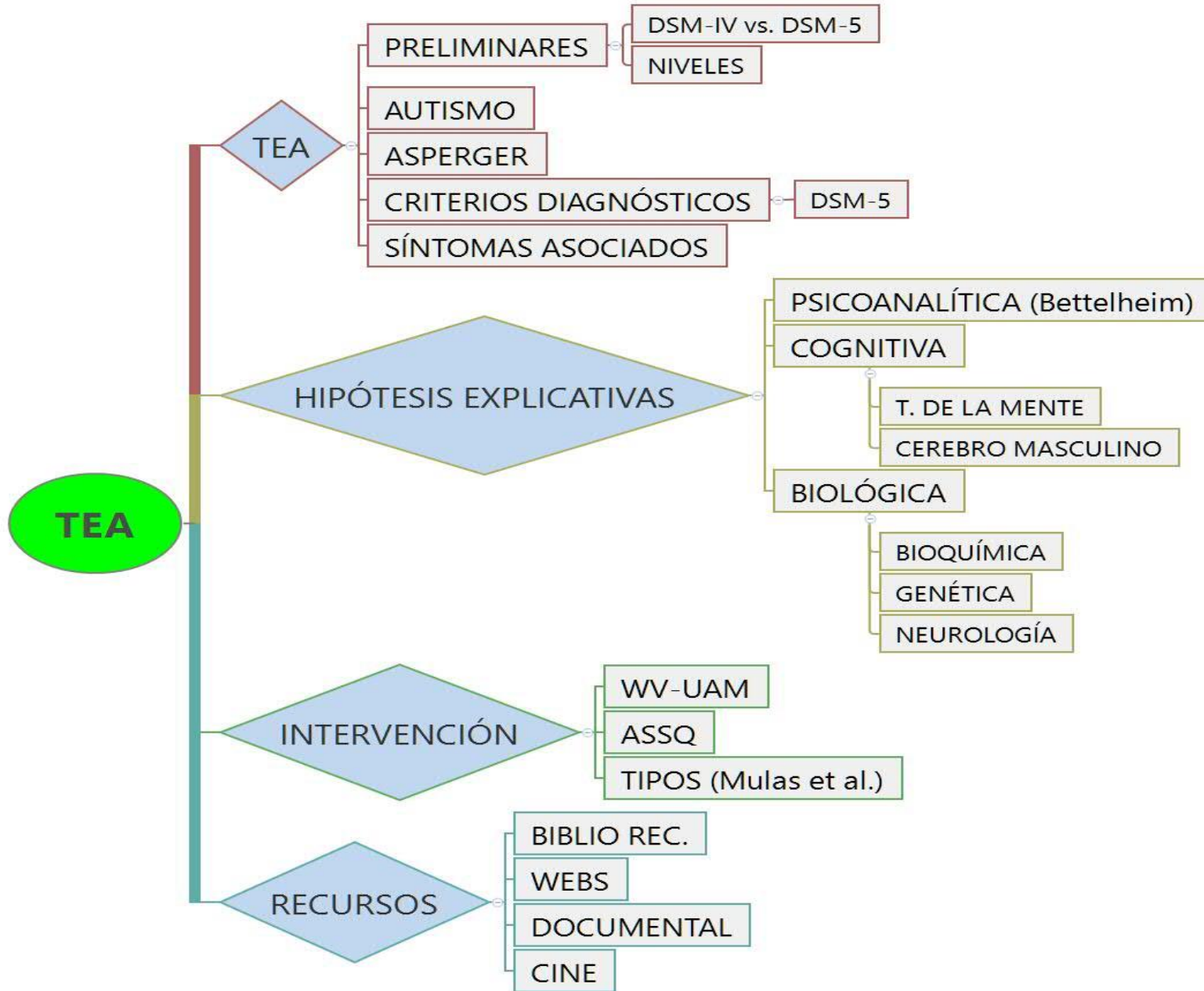
- para mantener la atención: estimulación multisensorial
- percepción: material atractivo
- simbolización: partir de lo concreto
- estrategias de aprendizaje:
 - 1º) estructurar el ambiente educativo
 - 2º) flexibilizar
- comunicación: diseñar situaciones interactivas

C-10

TEA. Trastorno del espectro autista

T-06. Trastornos generalizados del desarrollo en EP.





Alfa (antes autismo):
problemas de comunicación (lenguaje y social) y conducta

Omega (antes: Asperger):
problemas de comunicación (lenguaje y social) y conducta

no retrasos

- el lenguaje que sean clínicamente significativos
- el desarrollo cognoscitivo
- el desarrollo de habilidades de autoayuda
- el comportamiento adaptativo (excepto: interacción social)

DSM-5. Criterios diagnósticos

- A. Déficits persistentes en la **comunicación social y la interacción social** a través de múltiples contextos, tal como se manifiestan en los siguientes, en la actualidad o en el pasado
- B. **Patrones limitados y repetitivos de conductas, intereses o actividades**, tal como se manifiesta en al menos dos de los siguientes, en la actualidad o en el pasado.
- C. Los síntomas deben estar presentes en el período de **desarrollo temprano** (pero pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales excedan a las capacidades limitadas del sujeto, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en la edad adulta).
- D. Los síntomas causan un **deterioro** clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales o del funcionamiento cotidiano.

DSM-5. Características TEA leve

a) comunicación social

- déficit : causa notables impedimentos
- dificultad para iniciar interacciones sociales
- respuestas atípicas o insatisfactorias ante los intentos de comunicación de los demás
- los intentos por hacer amigos no tienen éxito

a) conducta

- inflexibilidad: causa interferencias significativas en el funcionamiento
- dificultad para cambiar de actividad
- problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia

DSM-5. Características TEA leve

otras más específicas (pueden o no estar presentes):

- es considerado por otros chicos como un ‘profesor excéntrico’
- vive en su propio mundo, con intereses intelectuales limitados e idiosincrásicos
- posee una comprensión literal del lenguaje metafórico o ambiguo
- estilo de comunicación desviado, lenguaje formal, detallado, anticuado o con entonación de ‘un robot’
- le falta empatía
- realiza comentarios ingenuos o embarazosos
- tiende a desviar la mirada
- puede estar con otros chicos, pero estableciendo sus propios términos
- le falta sentido común
- tiene rutinas especiales: insiste en no cambiar

TEA vs. DI

- **TEA** cuando existe gran discrepancia entre el nivel de comunicación e interacción social en relación con el nivel de desarrollo de las habilidades no verbales (por ejemplo, habilidades de motricidad fina, resolución no verbal de problemas) del individuo: el primer nivel está muy por debajo del segundo.
- **DI** cuando no hay aparente discrepancia entre el nivel de habilidades socio-comunicativas y otras habilidades intelectuales.

TEA: **CUATRO** hombres por cada mujer

RASGOS asociados (DSM-5)

- 70 % de los niños con TEA sufre DI
- deterioro del lenguaje: tardo para hablar, comprensión del lenguaje detrás de la producción
- discrepancia grave entre las habilidades intelectuales y las de adaptación
- déficits motores: torpeza y otros signos motores extraños y/o anormales (caminar de puntillas)
- conductas autolesivas: golpearse la cabeza, morderse las muñecas, arrancarse el pelo o comérselo
- conductas disruptivas/desafiantes
- ansiedad y depresión (especialmente) en adolescentes y adultos

HIPÓTESIS explicativas

‘imaginativas’

- psicoanalítica (Bettelheim): madre ‘nevera’
- cognitiva (Baron-Cohen)
 - teoría de la mente
 - teoría del cerebro masculino extremo

biológicas

- bioquímica: funcionamiento de los neurotransmisores
- genética: > probabilidad de autismo en hermanos de autistas
- neurológica: diferencias en cerebelo, límbico, corteza cerebral, ...

INTERVENCIÓN (1)

1) encaminada a:

- adquisición de habilidades sociales que permitan desenvolverse con éxito
- modificar aquellas conductas que socialmente ‘no están bien vistas’
- desarrollar habilidades sociales en los pares del niño autista

2) basada en MC

- moldeamiento
- extinción
- desvanecimiento, ...

3) orientaciones:

- ambientes estructurados
- aprendizaje **SIN** errores → todo tipo de ayudas
- consignas claras
- reforzamiento

INTERVENCIÓN (2). Modelos (Mulas et al.)

intervenciones **psicodinámicas**: no suelen usarse en la actualidad

intervenciones **biomédicas**

- medicación, se tratan las enfermedades o síntomas asociados con TEA:
 - epilepsia
 - trastornos de conducta (TDAH)
 - trastornos del sueño
- medicina complementaria (no está clara su eficacia):
 - dietas de exclusión
 - suplementos vitamínicos
 - etc.

INTERVENCIÓN (3). Modelos (Mulas et al.)

intervenciones psicoeducativas

- **conductuales**, enseñar nuevas conductas y habilidades:
 - programa Lovaas
 - análisis aplicado de la conducta (refuerzos positivos)
 - etc.
- **evolutivas**, centradas en:
 - enseñar técnicas sociales/comunicación,
 - desarrollar habilidades para la vida diaria
- basadas en **terapias**:
 - en la comunicación
 - sensorio-motoras: audición, integración sensorial
- basadas en la **familia**:
 - entrenar a todos los miembros de la familia
- **combinadas**:
 - programa TEACCH (por ejemplo)

Por último

SPEs y maestros especialistas en Educación Especial, están para apoyar al maestro de EP en aquellas intervenciones que escapen a su formación **generalista**.

C-11 (a)

DE. Dificultades emocionales

T-07. Trastornos emocionales en EP.

EMO

DIFICULTADES EMOCIONALES

INTRO

- QUÉ PROFESIONAL?
- QUÉ CAUSAS?
- QUÉ HACER?

ESTRÉS

- QUÉ ES
- AGENTES ESTRESANTES
 - FÍSICOS
 - PSICOLÓGICOS
- RESPUESTAS
 - COMPORTAMENTALES
 - NEUROENDOCRINAS
 - PSICOFISIOLÓGICAS
 - PSICOLÓGICAS
- ESTRÉS ¿NEGATIVO?

ANSIEDAD

- ESTRÉS vs ANSIEDAD
- ANSIEDAD ¿QUÉ ES?
- DSM-5
 - CRITERIOS
- FOBIA ESCOLAR**
 - ¿QUÉ ES?
 - CARACTERÍSTICAS
 - DSM-5

DEPRESIÓN

- QUÉ ES
- CAUSAS
- CARACTERÍSTICAS
 - ANHEDONIA
 - TRISTEZA
 - CULPA
 - LENTITUD
 - MEMORIA
- DSM-5
 - CRITERIOS
- DEPRE vs ESTRÉS

RECURSOS

BIBLIO REC.

PÁGINAS WEB

DOCUMENTALES

CINE

CONSIDERACIONES PREVIAS

MAESTRO: **NO** es el profesional indicado para diagnosticar/tratar

→ **detectar y derivar**

→ controlar causas (algunas):

- miedo a los exámenes
- miedo al maestro
- miedo a salir a la pizarra
- miedo a leer en público
- deberes
- bullying
-

1. ESTRÉS

PROCESO que se inicia cuando el sujeto percibe una situación como amenazante y siente que le supera.

CAUSAS: las exigencias del medio.

AGENTES: físicos agudos, físicos crónicos, psicológicos.

RESPUESTAS: comportamentales, neuroendocrinas, psicofisiológicas y psicológicas.

2a. ANSIEDAD

ESTADO emocional (angustia, sensación de peligro, desesperación extrema) sin causa racional aparente con alteraciones físicas.

DIFERENCIAS estrés – ansiedad:

- el estrés está relacionado con la frustración, la ansiedad con la preocupación,
- el estrés se puede afrontar, la ansiedad provoca sensación de impotencia,
- la ansiedad es el estrés que queda al desaparecer el factor estresante

VER DSM-5 para criterios diagnósticos.

2b. RECHAZO ESCOLAR

INCAPACIDAD del niño para asistir al centro escolar como consecuencia de miedo irracional a algún aspecto de la vida escolar. Aparece con el cambio de colegio (más frecuente a partir de los 12 años de edad).

CARACTERÍSTICAS:

- ausencias prolongadas del colegio
- miedo intenso, berrinches, tristeza y/o quejas de sentirse mal al ir al colegio,
- quedarse en casa sabiéndolo los padres cuando debería estar en el colegio
- inexistencia de conductas antisociales

VER DSM-5 para criterios diagnósticos

3. DEPRESIÓN

ESTADO de ánimo generalizado de tristeza, pérdida de placer, como resultado de circunstancias traumáticas para el niño

DURACIÓN: 2 semanas (depresión mayor), 2 años (trastorno distímico)

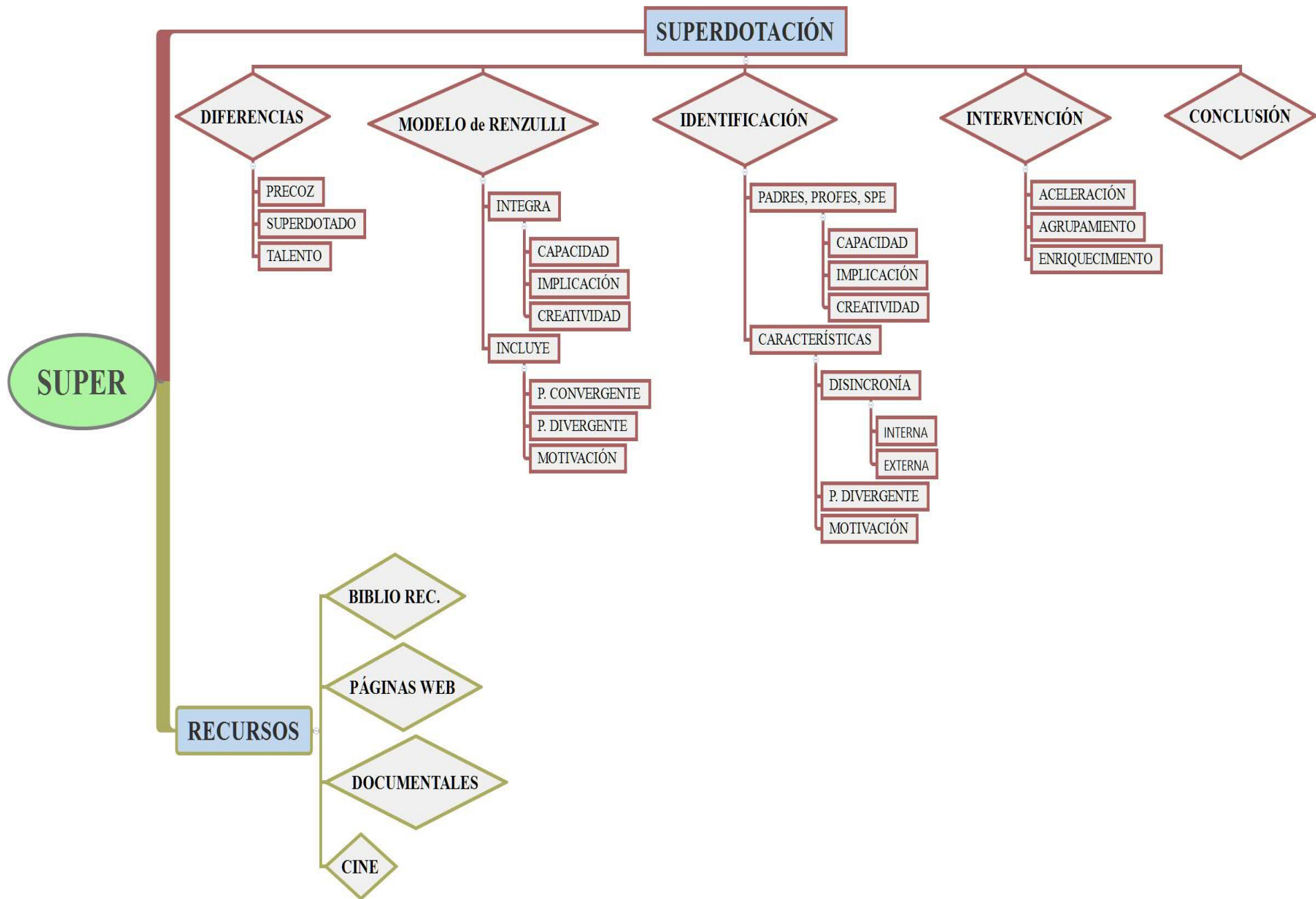
CARACTERÍSTICAS: anhedonia, tristeza, sentimiento de culpa sobre la propia depresión, retraso psicomotor y problemas de memoria

depresión y el estrés tienden a ir unidos

C-11 (b)

S. Superdotación.

T-05b. Superdotación en EP.



SUPERDOTACIÓN

- fenómeno COGNITIVO y estable.
- precocidad o no
- fin desarrollo cognitivo: la configuración intelectual es más extensa
- EXCELENCIA en **MUCHAS** áreas: música y matemáticas y ...

PRECOCIDAD

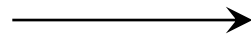
- fenómeno EVOLUTIVO
- desarrollo psicológico y biológico acelerado
- perfil semejante al de un niño superdotado.
- se accede antes a los recursos intelectuales básicos
- fin desarrollo cognitivo: no se consiguen ni más ni mejores niveles

TALENTO

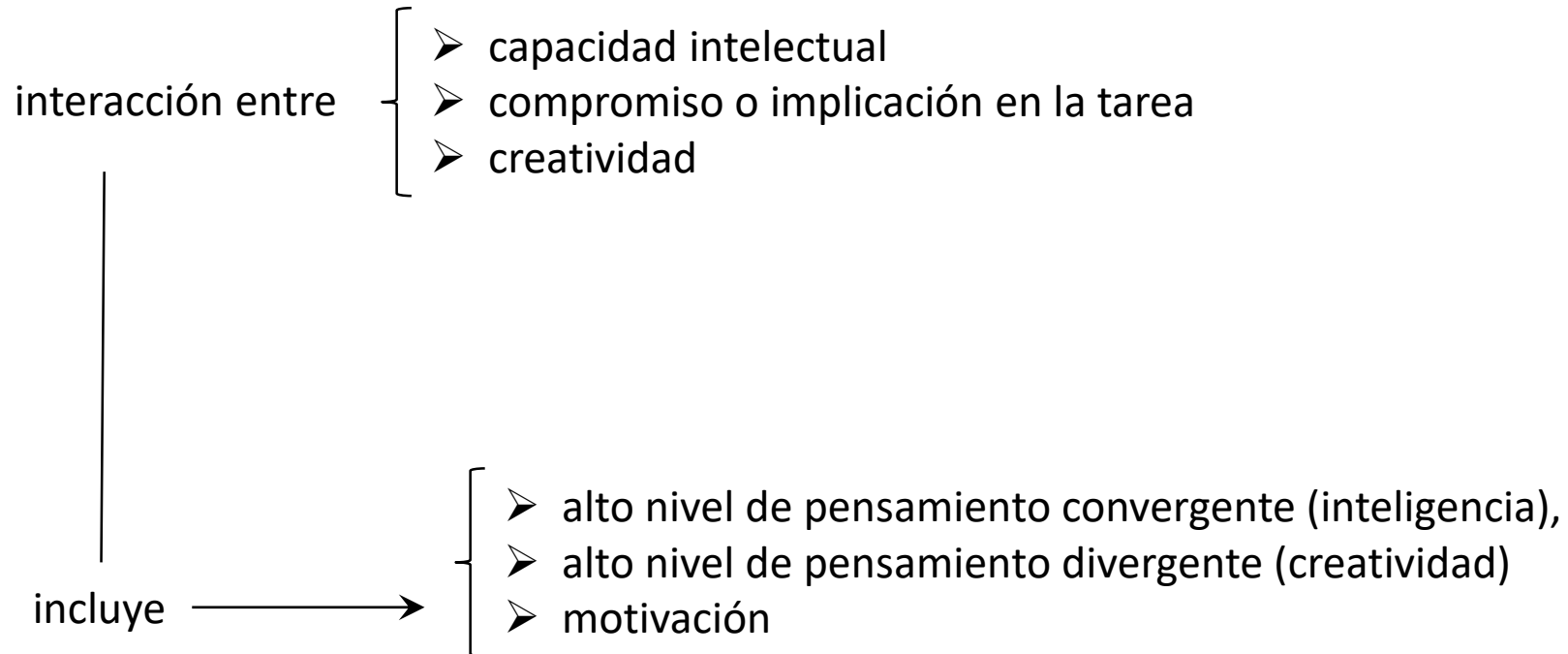


EXCELENCIA en **UN** área determinada: música o matemáticas o ...

MODELO EXPLICATIVO



RENZULLI (3 anillos)



IDENTIFICACIÓN

padres, maestros y SPEs:

ATENTOS a los indicadores de desarrollo del hijo/alumno superdotado

DISINCRONÍA

—————→ discrepancia entre edad cronológica y mental

- A. **interna**, desarrollo de las capacidades intelectual, afectiva y psicomotora no es sincrónico
- B. **externa** (social), desfase entre el pensamiento del niño y el de las personas de su entorno. 3 casos:
 - niño-escuela, desarrollo mental del niño superdotado vs. desarrollo medio de los otros niños de la escuela
 - hijo-padres,
 - niño-compañeros:
 - amigos con = capacidad intelectual (> edad cronológica)
 - amigos con ≠ capacidad intelectual (< edad cronológica)

INTERVENCIÓN

1. ACELERACIÓN, adelantar de curso
Problema: ¿cuándo paramos?
2. AGRUPAMIENTO, formar grupos homogéneos de niños superdotados
Problema: durante toda su vida ¿estos chicos van a estar en grupos de personas superdotadas sin relacionarse con otras?
3. ENRIQUECIMIENTO, enriquecer el currículo del alumno, es una ACI
Problema: mayor coste
Es el método más efectivo.